



Universidad del Aconcagua
Facultad de Psicología

TRABAJO FINAL DE ESPECIALISTA EN NEUROPSICOLOGIA

“Funciones Cognitivas afectadas en paciente con ACV: Impacto Psicosocial”.

Alumna: Lic. Valeria A Rizo Saffe.

Email: licenciadavaleriarizo@gmail.com

Especialidad: Licenciada en Psicología

Supervisor Académico: Mg. Beatriz A. Montón.

Email.:bea_monton@yahoo.com.ar

Mendoza

15 de Noviembre de 2015

Índice

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Capítulo 1	
1. Impacto subjetivo y social del Accidente Cerebro Vascular.....	8
Capítulo 2	
2. Accidente cerebro vascular	11
2.1. Definición.....	11
2.2. Clasificación.....	11
2.2.1 Isquemia Cerebral.....	11
2.2.2 Hemorragia Cerebral.....	16
2.3. Factores de riesgo.....	17
2.4. Secuelas del ACV.....	17
2.5. Síndromes Neuropsicológicos del ACV.....	18
2.5.1. Negligencia Atencional.....	18
2.5.2. Afasia.....	19
2.5.3. Alexia.....	23
2.5.4. Agrafía.....	23
2.5.5. Acalculia.....	24
2.5.6. Agnosia.....	24
2.5.7. Apraxia gestual.....	28
2.5.8. Síndrome Amnésico.....	30
2.5.9. Síndrome disejecutivo.....	31
2.5.10. Demencia Vascular.....	35

Capítulo 3

3. Contexto social	37
3.1. Contexto familiar	37
3.2. Contexto comunitario	42
3.3. Sistema de salud pública argentina	43
3.4. Contexto legal	44

Capítulo 4

4. Análisis de casos	47
-----------------------------------	----

Capítulo 5

5.1. Conclusiones	63
5.2. Propuestas	64
5.3. Referencias bibliográficas	65
5.4. Apéndice	69

Resumen

El objetivo de este estudio consiste en determinar el perfil neuropsicológico en pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular y su impacto psicosocial. Se realizó un estudio descriptivo, bajo el enfoque empírico analítico; se hizo una evaluación neuropsicológica transversal en 3 pacientes de ambos géneros, entre 20 y 69 años del departamento de Rawson en la ciudad de San Juan, que han sido diagnosticados en Centro de Integral de Rehabilitación con ACV isquémico y en otros casos hemorrágico con estudios de neuroimagen que así lo confirmaron.

Se realizó un análisis sobre la base de un procedimiento clínico. Se encontró síndromes neuropsicológicos como, afasia, agnosia, apraxia gestual y heminegligencia. No se pudo establecer un cuadro sintomatológico único debido a la heterogeneidad de las lesiones que causa el cuadro. Se comprobó la incidencia del contexto familiar en el desarrollo del proceso de neurorehabilitación así como el impacto en la estructura familiar que provoca la situación de discapacidad del paciente que ha sufrido un accidente cerebrovascular.

Introducción

El presente trabajo es un estudio cualitativo con diseño investigación-acción, cuya unidad de análisis son las personas que han sufrido un accidente cerebro vascular atendidas en un Centro de Rehabilitación Público de la ciudad de San Juan, Argentina.

El objetivo general del presente trabajo es conocer cómo las secuelas del accidente cerebro vascular influye en el contexto socio-familiar y laboral del sujeto.

De este se desprenden como objetivos particulares:

- Detectar las funciones cognitivas afectadas como consecuencia del ACV.
- Analizar las limitaciones y ventanas existentes luego de la lesión cerebral.
- Describir el contexto social del sujeto.

Se encontraron algunas publicaciones que aluden a las funciones afectadas en pacientes con ACV y su impacto psicosocial. Entre ellas:

- Ardila Rodríguez, Silva Sieger, Acosta Barreto (2013)¹ establecieron un perfil neuropsicológico de pacientes que han sufrido un ACV isquémico de la arteria cerebral media, concluyendo que las funciones afectadas fueron: lenguaje espontáneo, velocidad de procesamiento, agnosias, memoria y atención, y las funciones mejor preservadas fueron memoria de trabajo, denominación y praxias.

¹ William A. Ardila Rodríguez, Federico A. Silva Sieger, María Rocío Acosta Barreto. Perfil neuropsicológico en pacientes con ACV isquémico de la arteria cerebral media izquierda. Acta Neurol Colombia 2013; 29:36-43.

- Otra investigación es la de Huertas-Hoyas E, Pedrero-Pérez EJ, Águila-Maturana AM, González (2014)² sobre el Estudio de la funcionalidad pre y post tratamiento de las lesiones cerebrales adquiridas unilaterales en el que a través del estudio interdisciplinario se evalúa la respuesta del paciente a la neurorehabilitación y su funcionalidad contextual.
- Felipe Rodríguez y Alfonso Urzúa (2009)³, elaboraron un perfil de deterioro neuropsicológico de las diversas funciones cerebrales superiores causado por un ACV, en un grupo de 50 pacientes al cuál se les administró un Protocolo de Evaluación Neuropsicológica, comparándose luego con un grupo control de 50 sujetos evaluados con el mismo protocolo. Se encuentra que sobre un 20% de la población con ACV evaluada presenta deterioro en al menos uno de los ítems evaluados, siendo las funciones ejecutivas, la memoria a largo plazo y la memoria a corto plazo las áreas mayoritariamente afectada en la población evaluada.

La población investigada estuvo constituida por pacientes de entre 21 y 60 años de edad, con secuelas de ACV atendidos en centro de Neurorehabilitación dependiente del Ministerio de Salud Pública de la ciudad de San Juan, Argentina. Se empleó un modelo cualitativo descriptivo, estudio de casos (X= 3) y el análisis categorial (características neuropsicológicas e impacto psicosocial). Para ello se implementa: observación en terreno, entrevista individual y familiar, screenings, escala de Barthel y Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica de Barcelona (PIEN). Con el fin de complementar el estudio se aplicarán técnicas de exploración psicológica (H.T.P).

² Huertas-Hoyas E, Pedrero-Pérez EJ, Águila-Maturana AM, González- Alted C. Estudio de la funcionalidad pre y postratamiento de las lesiones cerebrales adquiridas unilaterales. Rev Neurol 2014; 58: 345-52.

³ Rodríguez, Felipe; Urzúa, Alfonso. Funciones superiores en pacientes con accidente cerebro vascular Revista Chilena de Neuropsicología, vol. 4, núm. 1, 2009, pp. 20-27 Universidad de la Frontera Temuco, Chile.

El elemento sometido a observación, juicio y medida de investigación fueron los sujetos con ACV y el impacto social de esta enfermedad en la vida del individuo.

En el capítulo 1, se aborda el impacto subjetivo y social de la enfermedad cerebro vascular.

En el capítulo 2, se profundiza y conceptualiza la enfermedad cerebro-vascular y sus consecuencias.

En el capítulo 3, se describe y analiza el contexto social de las personas que sufren accidente cerebro vascular.

En el capítulo 4, se formula los resultados del análisis de tres casos con un breve análisis de cada uno.

Finalmente en el capítulo 5, se enuncian conclusiones y propuestas.

Capítulo 1

Impacto subjetivo y social del accidente cerebro vascular

Las enfermedades cerebrovasculares son afecciones que resultan de la pérdida funcional, transitoria o permanente de una parte cualquiera del SNC, generalmente de instalación súbita, causada por la oclusión trombótica o embólica, o por la ruptura de una arteria encefálica (o en ocasiones una vena).

La importancia del ACV radica en que se trata de una patología generadora de discapacidad y de altos costos directos e indirectos. Como consecuencia del ACV todas las funciones cognitivas pueden verse comprometidas, produciéndose trastornos de la atención, desorientación espacial, agnosias, trastornos del lenguaje o alteraciones de memoria. Los trastornos psíquicos que pueden ser primarios, como consecuencia directa del daño cerebral o secundario, es decir, causados reactivamente por el impacto psicológico de la enfermedad cerebrovascular en el paciente. También se producen cambios de personalidad y anosognosia.

En la fase aguda del ACV puede presentarse delirium y en la fase crónica síndrome amnésico, ansiedad, psicosis, trastorno orgánico de la personalidad, síndromes frontales y síndrome de Kluver-Bucy por lesión bitemporal⁴.

La comorbilidad con depresión también es muy alta (Castillo 1993). Los estudios encontraron que la depresión es más grave y más duradera en los pacientes con ansiedad concomitante (Shimoda 1998), y los pacientes con accidente cerebrovascular con ansiedad y depresión concomitantes tuvieron niveles más altos de deficiencia en las actividades cotidianas, más deterioro cognitivo y menos vínculos sociales que los pacientes con depresión solamente (Shimoda 1998).

⁴William A. Ardila Rodríguez, Federico A. Silva Sieger, María Rocío Acosta Barreto.

Neuropsychological profile in patients with ischemic stroke of the left middle cerebral artery Acta Neurol Colomb 2013; pp 37.

Es difícil diferenciar por varios motivos entre las preocupaciones normales y la aparición de los trastornos de ansiedad patológicos o los niveles clínicamente significativos de los síntomas de ansiedad. La edad avanzada o la capacidad verbal limitada aumentan la dificultad para identificar a los pacientes que presentan ansiedad (Van Rijswijk 2009), y estas características son frecuentes dentro de la población con accidente cerebrovascular.

Más allá de los compromisos directos e indirectos por el ACV, hay una disminución de la autonomía del paciente, ya que aspectos como la funcionalidad de la vida diaria, actividades domésticas y sociales, son parte de un proceso de planificación y autocontrol, dos ingredientes de las funciones ejecutivas incluidos en los factores neuropsicológicos.

En su 54° Asamblea mundial de la Salud, la OMS estableció la Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud. En ella se definen cuatro componentes de la discapacidad: funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación, y factores contextuales (ambientales y personales); Dentro de las funciones corporales susceptibles de discapacidad, la clasificación distingue las funciones mentales generales y las funciones mentales específicas. (OMS, 2001).

El estudio y tratamiento del deterioro de estas funciones mentales descritas por la OMS es abordada dentro del campo de acción de la neuropsicología. Esta disciplina, fundamentalmente clínica y científica, converge entre la Psicología y la Neurología, y busca encontrar la relación entre una lesión o daño en las estructuras y funciones del sistema nervioso central con los procesos cognitivos, psicológicos, emocionales y del comportamiento individual; en otras palabras, su objeto de estudio es la relación entre la actividad cerebral y los procesos psicológicos superiores y conducta.

Se estima que la mortalidad por enfermedades coronarias y accidentes cerebrovasculares aumentará relativamente un 145% en hombres y mujeres en los países en desarrollo entre 1990 y 2020, comparado con solo un

28% en mujeres y 50% en hombres durante el mismo período en los países desarrollados⁵.

En Argentina, la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares ajustada por la edad para hombres y mujeres en 2006 — incluidas las enfermedades coronarias y los accidentes cerebrovasculares— fue de 206,4 por 100.000 habitantes (265,4 por 100.000 hombres y 161,8 por 100 000 mujeres), lo que representa 34,2% de las muertes y 12,6% de los años potenciales de vida perdidos ese año⁶.

⁵ Programa de Prevención del Infarto en Argentina, Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires, Argentina.

⁶ República Argentina, Ministerio de Salud y Ambiente. Argentina: indicadores básicos 2005. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente; 2005. Hallado en <http://www.bvs.org.ar/pdf/indicadores2005.pdf>. Acceso el 28 de diciembre de 2009.

Capítulo 2

Accidente Cerebro Vascular

2.1 Definición

El accidente cerebro vascular (ACV) o accidente vascular encefálico o ictus, es un proceso agudo o subagudo caracterizado por un déficit focal motor, sensitivo o sensorial asociado o no a un compromiso del sensorio.⁷

Según el autor, el paciente puede caer al piso por disminución de la movilidad del hemicuerpo, tener dificultad en la comprensión y expresión del lenguaje, acusar trastornos visuales y alteración de la conciencia. El comienzo es brusco con un curso de 24 horas. Los síntomas y signos dependerán del territorio encefálico lesionado. Chade (2008, 136).

En el accidente cerebro-vascular existe un compromiso del estrés oxidativo con hiperactivación de los receptores de glutamato y cascadas bioquímicas apoptóticas en el proceso de muerte celular por injuria producida por los radicales libres, disfunción mitocondrial, inhibición de síntesis proteica y desregulación de los patrones de expresión genómica.

2.2 Clasificación

Chade (2008, 132-148) sostiene que el síndrome cerebrovascular se divide en Isquémico y Hemorrágicos:

2.2.1 Isquemia Cerebral

Este presenta diferentes formas clínicas:

- **Ataque isquémico transitorio**

Es un episodio de disfunción cerebral de corta duración ocasionado por una isquemia cerebral focal o retiniana (producida por un proceso embólico), con síntomas clínicos que duran menos de una hora y que no

⁷ CHADE, H.O: Neurología Paso a Paso. Ed Universidad del Aconcagua. 2008. Mendoza. Argentina.

muestran evidencia de un infarto cerebral agudo. Sus síntomas son: hemiparesia, hemiparestesia, trastornos del lenguaje, disartria, diplopía, trastornos sensitivos, inestabilidad o ceguera monocular transitoria.

- **ACV o Ictus Isquémico**

La isquemia encefálica es más prolongada y produce alteraciones en el parénquima.

Su presentación clínica consiste en una hemiparesia-hemihipoestesia de grado variable hasta llegar a la parálisis, alteración del campo visual, hiperreflexia, signo de Babinski, conus, junto con ausencia de reflejos cutáneo-abdominales. En el circuito posterior puede haber una sintomatología Cerebelosa o instalarse un síndrome alterno de tronco encefálico. Hay un grado variable de alteración de la conciencia.

- **ACV o Ictus en evolución**

Con curso progresivo en de los síntomas y signos en el lapso de 24-48- 72 horas.

- **Infarto cerebral silente**

Este se observa en los estudio de neuro-imagenes pero no presenta manifestación clínica, aumentan con la edad y con la presencia de factores de riesgo cardiovasculares.

Síndromes Isquémicos específicos según vaso afectados.

- **Arteria Carótida interna**

Presenta hemiparesia, hemihipoalgesia contralateral, puede haber parálisis de la mirada hacia la lesión, afasia si la lesión es izquierda. Antecedentes de AIT previos.

- **Arteria Cerebral Media**

Presencia de hemiparesia-hemihipoalgesia contralateral con acentuación Facio-braquial y hemianopsia homónima. Afasia en afectación izquierda y heminegligencia contralateral.

- **Arteria Cerebral Anterior**

Presencia de hemiparesia- hemihipoalgesia contralateral con acentuación crural. Se asocian signos frontales (abulia, mutismo acinético en lesiones bilaterales, eventualmente síndrome de desconexión, reflejos primitivos, trastorno frontal de la marcha, vejiga neurogénica central).

- **Arteria Cerebral Posterior**

Hemianopsia contralateral sin compromiso macular. Inestabilidad de la marcha por afectación del campo visual. Síndromes mesecefálicos. El síndrome talámico Déjerine-Roussy se debe a la oclusión de las ramas tálamo-geniculadas.

- **Arteria Coroidea**

Existe un déficit sensitivo-motor contralateral asociado a una hemianopsia homónima con función cognitiva normal. En lesión derecha se asocia a heminegligencia y apraxia; en lesión izquierda, aparece trastorno en el lenguaje.

- **Arteria Vertebral**

Síndromes alternos bulbares o cerebelosos incluyendo el síndrome de Wallenberg.

- **Arteria Basilar**

Marcada alteración del sensorio, trastornos sensitivos-motores bilaterales, compromiso del cerebelo y pares craneanos. Puede conducir a la ceguera cortical (Síndrome de Antón) o al síndrome del enclaustramiento.

- **Arteria Cerebelosa Superior**

Trastornos cerebelosos y del cerebro medio.

- **Arteria Cerebelosas ántero-inferior**

Signos cerebelosos (hipotonía, ataxia), pontinos y síntomas vestibulares.

- **Arteria Cerebelosa postero-inferior**

Trastornos cerebelosos y bulbares. Síndrome de Wallenberg: Ipsilateral: síndrome cerebeloso, anestesia de la cara, parálisis del velo paladar, cuerda vocal y síndrome de Horner. Cuando es contralateral: Hemiparesia transitoria, hipo sensibilidad térmica y dolorosa (disociación termoalgésica de la sensibilidad).

- **Robo de la Subclavia**

Esto ocasiona una inversión en el flujo en la arteria vertebral Ipsilateral. Produce dolores de cabeza, mareos, vértigo, trastornos visuales y signos de isquemia en el miembro superior.

- **Infartos Lacunares**

Existen cuatro subtipos: a-Pérdida sensitiva pura sin debilidad, b-Debilidad motora pura sin perdida sensorial, c-Síndrome de disartria y de la mano torpe, d-Hemibalismo.

- **Arteria Espinal Anterior**

Proceso agudo con dolor de las extremidades seguido de una paresia que suele comprometer los cuatro miembros.

- **Síndromes Isquémicos Venosos y de los Senos del Encéfalo**

Puede causar un cuadro de hipertensión craneana benigna asociada a crisis convulsivas y compromiso variado del sensorio.

- **CADASIL y CARASIL**

Asociación de isquemias lacunares recurrentes, leucoencefalopatías.

- **Arteritis de Takayasu**

Isquemia secundaria al compromiso de los vasos del arco aórtico, presente en mujeres jóvenes.

- **ACV de la corteza Insular**

Se asocia a con trastornos sensoriales pseudotalámicos y otros de naturaleza vestibular junto con alteraciones del lenguaje cuando afecta el hemisferio izquierdo. En el daño del hemisferio cerebral derecho hay somatoparafrenia, trastorno en la función gustativa y cambio en la presión arterial con episodios hipertensivos.

- **Síndrome de Foix-Chavani-Marie**

Debido a lesiones del opérculo frontal bilateral con parálisis bilateral de la mucosa bucal y los músculos de la garganta mientras realiza movimientos voluntarios.

- **Encefalopatía de Binswanger**

El cuadro cursa con encefalopatía difusa que puede terminar en demencia subcortical.

- **MELAS**, trastorno metabólico genético.

- **Displasia Fibromuscular**

Se trata de un estrechamiento tubular de la arteria carótida interna no necesariamente generada por placas de aterotoma. Puede ser asintomática y causar distintos grados de isquemia.

- **Parálisis Cerebral**

Trastornos vasculares, isquémicos o hemorrágicos durante el periodo pre-peri o postnatal, puede dejar como secuela una encefalopatía motora con control anormal de motilidad y de la postura sin dificultades sensitivas.

2.2.2 Hemorragia Cerebral

Este presenta una **hemorragia intracraneal** primaria por ruptura de los vasos de los vasos pequeños o por angiopatía amiloide. Las hemorragias secundarias son raras y suelen aparece en pacientes con malformaciones arterio-venosas, tumores, trastornos de la coagulación.

La **hemorragia subaracnoidea** se produce por la ruptura de una aneurisma o de una malformación arterio-venosa, la hemorragia compromete en especial las cisternas prepontinas o interpedunculares.

Síndromes Hemorrágicos Intraparenquimatosos:

- **Hemorragia Global**, con topografía del lóbulo frontal, occipital y temporal, raramente en el lóbulo parietal. Puede asociarse a un síndrome de hipertensión endocraneana y alteración de la conciencia.
- **Hemorragia Putaminal**, es la localización más frecuente. Hay compromiso de la capsula interna con déficit sensitivo-motor correspondiente.
- **Hemorragia Talámica**
- **Hemorragia Cerebelosa**, signos y síntomas de hipertensión endocraneana y trastorno del sistema postural. Puede alterarse el sensorio y aparecer vértigo y nistagmo.
- **Hemorragia Pontina**, se presenta con severo compromiso del sensorio hasta llegar al coma profundo, con tetraplejía, rigidez de decerebración y pupilas puntiformes.
- **Hemorragia Intraventricular**
- **Hemorragia Hipertensiva**, cuadro crítico en el que aparece cefalea, vómitos, alteración del sensorio, puede producir crisis convulsivas y avanzar al estado de estupor o coma. Déficit focal bien definido.
- **Hemorragia Cerebral Hereditaria**, caracterizada por ACV hemorrágicos recurrentes y cuadro demencial.

2.3 Factores de Riesgo

- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Dislipidemia
- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Obesidad
- Sedentarismo
- Antecedentes de cardiopatía, de proceso cerebrovascular previo, ingesta de anticonceptivos. Prolapso de válvula mitral. Foramen ovale permeable.
- El estrés no regulado
- Adicción a la cocaína
- Factores hematológicos
- Algunos trastornos del sueño (apneas del sueño)
- Síndrome Metabólico.⁸

2.4 Secuelas del ACV

- Déficit focal como hemiparesia, afasia, hemianopsia.
- Hidrocefalia
- Epilepsia, crisis parciales con generalización secundaria
- Depresión, generalmente cuando existe lesión en el hemisferio izquierdo
- Trastorno en el comportamiento
- Demencia
- Síndrome vegetativo persistente. Chade (2008, 151)

En relación a los estudios complementarios son de elección:

RMN, TAC, mapeo funcional por resonancia magnética funcional, PET, EEG, angi resonancia cerebral, angiografía cerebral, SPECT.

⁸ CHADE, H.O. op. cit., p.

2.4 Síndromes Neuropsicológicos en el ACV

2.4.1 Negligencia Atencional

Se trata de una patología del sistema atencional. En su forma más extrema, conocida como “negligencia”, los pacientes pierden completamente los estímulos en el lado opuesto a la lesión.

La negligencia, es un déficit multimodal y puede afectar uno o varios sistemas sensoriales, así como representaciones internas de memorias.

Comúnmente, el hemi-espacio izquierdo es el lado afectado con negligencia debido a que este desorden es más frecuente y más severo tras lesiones del hemisferio derecho.

La heminegligencia puede ser visual, auditiva o táctil y se caracteriza por que los pacientes no dirigen espontáneamente su atención hacia el espacio que se encuentra alterado. Se puede presentar en dos formas. En la más severa, los pacientes actúan como si la mitad del mundo hubiera dejado de existir, mientras que en las formas más leves, solo atienden menos a los estímulos, o simplemente se conducen con menor eficacia en una mitad del espacio. En algunos casos, las deficiencias son tan sutiles que pueden pasar desapercibidas para los demás y solamente se exhiben cuando se realizaban pruebas específicas.

Estos pacientes pueden tener dificultades para arreglar o asear el lado con negligencia, incluso pueden presentar dificultades para afeitarse o para comer en un plato de comida del lado afectado. En ciertas actividades, tales como la lectura, estos pacientes pueden comenzar a leer a la mitad de la línea, no desde la izquierda.

El fenómeno de extinción puede ocurrir junto o separado de la negligencia. La extinción es diagnosticada cuando el paciente es capaz de detectar estímulos presentados de forma separada en cada uno de los lados,

pero cuando estos estímulos son presentados simultáneamente, solo detecta uno de ellos, comúnmente, el del lado derecho.

Entre las áreas lesionadas se han descrito regiones tanto corticales como subcorticales, las cuales, están implicadas en la red de la atención (primer sistema funcional). Esas regiones incluyen la corteza parietal posterior, la unión parieto-temporal particularmente, el campo ocular frontal, corteza cingulada y corteza motora suplementaria, ganglios basales, tálamo, cerebro medio y el colículo superior. La mayor incidencia, es el hemisferio derecho.

La negligencia usualmente se observa cuando el daño ocurre en el giro supra marginal de la región parietal derecha y puede extenderse hacia áreas sub-corticales. Una causa muy frecuente puede ser una lesión vascular.

Heminegligencia espacial, es una condición en la cual existe una dificultad para atender a estímulos que se encuentran presentes en el espacio extra corporal, puede abarcar actividades del paciente como vestirse, escribir, o leer.

Heminegligencia personal, es conocida como hemisomatoagnosia.

Anosognosia, se refiere a la falta de conciencia del paciente de su déficit y la negación de la alteración que sufre, esto se mantiene aun cuando se les pone ante evidencias.

2.4.2 Afasia

Se define afasia, como una pérdida o trastorno en el lenguaje (comprensión y articulación) causado por un daño cerebral.

Peña-casanova (2007, 95-102) establece una clasificación que tiene como referencia la capacidad o incapacidad de repetición. De ello se dividen los siguientes grupos:

a. Afasias con Repetición Anormal:

- **Afasia de broca:**

El paciente presenta dificultad o incapacidad en la producción del lenguaje con relativa preservación de la comprensión del mismo (comprende órdenes simples) se trata de un lenguaje no fluente.

En el caso de pacientes que han sufrido un ACV, cuando la lesión es pequeña y limitada al área de broca, la alteración es leve y transitoria, puede evolucionar a una afasia transcortical motora, anómica o al síndrome del acento extranjero.

En los casos graves, donde se ve afectada la región frontotemporal, ínsula, ganglios de la base, capsula interna y sustancia blanca profunda, los pacientes suelen presentar hemiplejía derecha apraxia bucofacial e ideomotora para la mano izquierda. La mayoría de estas personas tienen conciencia de su déficit y vivencia experiencias de intensa frustración y depresión.

- **Afasia de Wernicke:**

Se trata de una afasia fluente, en la cual se ve afectada la comprensión del lenguaje en todos los niveles. La producción del habla es abundante con anormalidad en el contenido del mismo, presentando parafasias fonémicas, neologismos y parafasias semánticas.

Los pacientes que tienen un compromiso lesional de la región temporoparietal, presenta mayor dificultad en la comprensión de información auditiva que visual, mientras que las personas que poseen la lesión en el área temporo-occipital, tendrán dificultades opuestas al anterior.

Estos pacientes no presentan alteraciones motoras, sin embargo aparecen alteraciones en la sensibilidad y defectos campimétricos (hemianopsia), también diferentes tipos de apraxia y agnosia.

Algunos pacientes presentan anosognosia y otros euforia, paranoia, manía, etc.

- **Afasia Global:**

Esta afasia afecta a ambas modalidades del lenguaje y por eso es la de mayor gravedad. Se manifiesta a través de mutismo o estereotipias y en los casos más graves se observa ausencia de intención comunicativa.

La topografía lesional es muy variable pero generalmente se ve afectada el área perisilviana izquierda con compromiso del área fronto-temporo-parietal; hemorragias subcorticales de los ganglios de la base o como etapa final de afasias primarias progresivas y demencias.

- **Afasia de conducción:**

Se trata de una afasia confluencia intermedia, de acuerdo al área afectada, más anterior o posterior, la articulación y prosodia suelen estar conservadas. La repetición es más dificultosa para los morfemas gramaticales cortos donde se pone en juego la imaginación y creatividad, con menos dificultad en la repetición de frases noveles ya incorporadas. Peña casanova describe dos tipos clínicos: 1) AC de repetición con déficit cognitivo a nivel de la memoria auditivo-verbal a corto plazo. 2) AC de reproducción presentando problemas en la programación de fonemas que deben ser pronunciados, siendo la conducta de búsqueda el rasgo mas distintivo.

- **Afasia Global:**

Afecta a todas las modalidades del lenguaje, por eso es la más grave. Generalmente son secundarias a lesiones extensas del área perisilviana izquierda con compromiso de los lóbulos frontal, temporal y parietal.

b. Afasias con Repetición Normal

- **Afasia Transcortical**

AT Motora:

Se presenta con mutismo inicial o marcada reducción de la fluencia. Ecolalia y capacidad de completamiento de frases. Se observa una pérdida del impulso de hablar mientras que las capacidades lingüísticas (comprensión, denominación, repetición) se encuentran conservadas.

Se consideran rasgos típicos de este tipo de afasia: anomalías en la articulación y comprensión auditiva, tartamudeo. La localización de la lesión es en el área de Broca, corteza sensorio -motora, ínsula.

AT Sensorial:

El lenguaje espontáneo puede dar la impresión superficial de elocuente y comunicativo, pero el contenido no es coherente, existen parafasias. Existen fallas en el reconocimiento auditivo y un fallo ejecutivo para monitorizar el sistema semántico. En este caso se ve afectada el área parietooccipital y/o frontal, en caso de ictus.

AT Mixta

Existe una alteración grave en todas las funciones lingüísticas, excepto en la capacidad de repetición que se encuentra relativamente preservada y frecuentemente desinhibida adoptando características de ecolalia. La comprensión auditiva está ausente. Es secundaria a lesiones múltiples, bilaterales o por obstrucción de la arteria cerebral media o hemorragias subcorticales extensas. Ha sido descrita en fases terminales de procesos degenerativos demenciales.

Afasia Anómica

Son constantes los defectos en la denominación y presentan dificultades para: 1) encontrar palabras durante el lenguaje espontáneo. 2) denominar objetos presentados visualmente o en otras modalidades: auditiva, táctil, etc. 3) generar palabras que pertenezcan a una categoría semántica.

En este tipo de afasia el lenguaje espontáneo es fluente, bien articulado y gramaticalmente correcto. El área afectada puede ser el lóbulo temporal (área 39 Brodman) y puede ser secundaria a lesión focal a nivel frontal, dorsolateral izquierdo como circunvolución angular.

2.4.3 Alexia

Alexia se refiere a una alteración en la habilidad para leer consecuentemente a una lesión cerebral. Se han distinguido cuatro formas principales de alexias:

1) Alexia con agrafia, en la que el paciente pierde la capacidad para leer y escribir, debido a no reconocer las letras; se correlaciona con daño parietal posterior y parieto-temporal del hemisferio izquierdo.

2) Alexia sin agrafia, en la que el sujeto puede escribir y reconocer letras, pero no logra secuenciarlas para la lectura de palabras.

3) Alexia frontal, término utilizado para designar los defectos en la lectura propios de la afasia de Broca, en la cual aparece una lectura agramatical, mala secuenciación, etc.

4) Alexia espacial o viso-espacial, que consiste en la aparición de defectos en la lectura a causa de dificultades espaciales; se observa usualmente en casos de lesiones en el hemisferio derecho; los componentes espaciales de la lectura se ven afectados (hay negligencia espacial, defectos en el seguimiento de renglones, etcétera).

2.4.4 Agrafia

La agrafia es un defecto adquirido en la escritura como consecuencia de una lesión cerebral. Tiende a correlacionarse estrechamente con los cuadros afásicos, es decir, el defecto en el lenguaje oral se manifiesta igualmente en la escritura: pacientes con afasia de Broca presentan una escritura agramática, en tanto que las afasias posteriores se manifiestan en cambios literales en la escritura (paragráfias literales), pérdida del contenido semántico, etc.

2.4.5 Acalculia

Aunque las acalculias (trastornos adquiridos en las habilidades de cálculo como consecuencia de una lesión cerebral) han sido notoriamente menos analizadas que las alexias y las agrafias, podrían distinguirse en

primarias y secundarias a otras alteraciones como alexia, agrafia, síndrome disejecutivo y alteraciones espaciales.

A pesar de que los avances científicos y tecnológicos que han permitido ampliar considerablemente nuestro conocimiento acerca de los trastornos del lenguaje resultantes del daño cerebral, debemos destacar que el lenguaje es un sistema funcional complejo, cuya realización requiere de múltiples eslabones.

2.4.6 Agnosia

Con el término agnosia se designan las perturbaciones en el procesamiento complejo de la información sensorial (De Renzi, 2000).

Agnosias visuales

Agnosia para objetos, esta hace referencia a la imposibilidad de reconocer los objetos de forma inmediata y sintética, a partir de cierta cantidad de informaciones visuales simultáneas; o bien a la incapacidad de adscribir significado a un objeto percibido (Hécaen & Albert, 1978).

Agnosia al color, que es también llamada trastorno en el reconocimiento inmediato de colores, puede determinarse a partir de identificación y apareamiento de colores, clasificación de piezas de color levemente diferentes, evocación de colores asociados a los objetos o apareamientos color-objeto. En la agnosia al color se altera el reconocimiento de color como atributo específico de los objetos. Generalmente, este trastorno se presenta asociado a la agnosia para objetos, y a menudo implica problemas relativos al campo visual. No se trata de un defecto de la percepción cromática, sino de una dificultad específica para entender la significación de los colores en relación con los objetos, o compromiso de la representación mental de color, por lo regular a consecuencia de lesiones posteriores del hemisferio izquierdo.

Agnosia aperceptiva

La agnosia aperceptiva se caracteriza por un defecto básico en la percepción visual, manifiesto en la incapacidad para reconocer las diferencias que distinguen dos objetos similares y para reconstruir mentalmente formas visuales.

Agnosia asociativa

En la agnosia asociativa el paciente percibe formas pero es incapaz de interpretarlas; los pacientes con agnosia asociativa son capaces de aparear figuras semejantes y aun copiarlas, pero no pueden relacionar formas con objetos, por ejemplo un rectángulo con un libro.

Prosopagnosia

Se define como la perturbación en el reconocimiento visual de caras, en ausencia de deterioro intelectual y con agudeza visual conservada (Bodamer, 1947). El reconocimiento de rostros familiares se efectúa de manera instantánea, a partir de informaciones provenientes de la visión y de memorias adquiridas en el pasado (De Renzi, Perani, Carlesimo, Silveri, Fazio, 1994).

La prosopagnosia es un trastorno poco común que se asocia a lesiones temporo-occipitales derechas, o más frecuentemente bilaterales. Las caras se reconocen como tales, pero han perdido su individualidad. En ocasiones, el trastorno es tan severo que el paciente no se reconoce a sí mismo en el espejo o en una fotografía. En lugar de identificar inmediatamente los rostros familiares, debe recurrir a artificios y estrategias de reconocimiento: el peinado, el tono de las voces, los detalles de la indumentaria, etcétera.

Las dificultades para la identificación de caras se extienden a la incapacidad de distinguir diferencias individuales entre animales de una misma especie, u objetos, como pueden ser vehículos de diversas marcas. Esta incapacidad sugiere que la prosopagnosia es un defecto general del reconocimiento de todo patrón que posea un cierto grado de complejidad perceptual.

Todas las tareas que son particularmente sensibles a lesiones del hemisferio derecho, como apareamiento de colores, identificación de imágenes superpuestas o identificación de caras, por diferentes que ellas sean en lo que concierne al contenido de los estímulos, tienen en común que la tarea destaca aspectos de la discriminación perceptual fina. Por el contrario, las pruebas sensibles a lesión del hemisferio -izquierdo, como es el caso del apareamiento imagen-objeto o color- objeto, llevan implícita la capacidad de comprender la significación de los estímulos.

Agnosia auditiva

La incapacidad para identificar los sonidos verbales y/o no verbales como consecuencia de una lesión cerebral, se denomina agnosia auditiva (Vignolo, 1969). En términos generales, los resultados de diversas investigaciones señalan que la agnosia auditiva por lesión izquierda se debe a la incapacidad de asociar el sonido percibido con el significante correspondiente, en tanto que la agnosia por lesión derecha es el resultado de un defecto de discriminación acústica de sonidos. Las dificultades en el reconocimiento auditivo por lesiones hemisféricas derechas se refieren más a sonidos no verbales (sonidos naturales, voces, etc.). Cuando se trata de notas musicales y melodías, el trastorno se denomina **amusia**.

Si se tiene dificultad para discriminar sonidos verbales o fonemas, la alteración corresponde una variante de la afasia de Wernicke (afasia acústico-agnósica). La pérdida total del oído fonémico se conoce como sordera verbal.

Agnosia espacial

La agnosia espacial puede manifestarse como la incapacidad para orientarse en lugares familiares, para reconocer claves topográficas al evocar mentalmente sitios y para localizar ciudades en un mapa; o como un desconocimiento de los estímulos localizados en un hemiespacio, en cuyo caso se denomina agnosia espacial unilateral (o negligencia hemiespacial) (Robertson & Halligan, 1999). Cuando a los pacientes con agnosia espacial unilateral se les pide que realicen una variedad de tareas en el espacio, pueden ignorar los estímulos situados en el espacio contralateral a la lesión. Así, ante

la orden de dibujar una flor, dibujan únicamente los pétalos de un lado; cuando copian algo, copian solamente -o mejor- la mitad derecha; al leer, leen la mitad derecha de una palabra e igualmente escriben solamente en el lado derecho de la hoja. En general, este defecto mejora con el transcurso del tiempo, y se asocia con lesiones posteriores del hemisferio derecho. Se han publicado también algunos casos de agnosia espacial unilateral derecha por lesión cerebral izquierda, generalmente en paciente analfabetos y en zurdos. Desde las primeras descripciones de este síndrome, el defecto se atribuye a una deficiencia en la atención visual espacial. La ejecución normal de los pacientes en el espacio contralateral a la lesión, sugiere que cada hemisferio está organizado para atender a los estímulos contralaterales.

Agnosia corporal o asomatognosia

El concepto de imagen corporal se refiere a la percepción espacial del propio cuerpo y a la conciencia de sus características, formada a través de la información sensorial soméstésica previa y actual.

La hemiasomatognosia es un trastorno relativamente común ocasionado por lesiones posteriores del hemisferio derecho y consiste en la inadecuada percepción del hemicuerpo contralateral a la lesión. De acuerdo con Fredericks (1985), clínicamente es posible distinguir la hemiasomatognosia consciente y la no consciente, las que difieren en varios aspectos.

En la primera, el sujeto se siente como hemi-amputado, y el fenómeno es generalmente transitorio o paroxístico. En la hemiasomatognesia no consciente, el sujeto se comporta como si su hemicuerpo no existiese no se preocupa en absoluto de él, por ejemplo, omite taparse la mitad del cuerpo, se afeita la mitad de la cara, etc. Este trastorno puede persistir durante largo tiempo y por lo regular se asocia con hemiplejía y otros síntomas de lesión parietal, como apraxia construccional, anosognosia y agnosia espacial unilateral.

El termino *anosognosia* se refiere al no reconocimiento de los defectos funcionales que presenta un paciente, condición que también se conoce como síndrome de Babinski. El nivel más evidente de anosognosia se

observa en algunos casos de hemiplejía, cuando el paciente no está consciente de sus miembros paralizados o, ante preguntas específicas, niega verbalmente el trastorno (anosognosia verbal).

Otros trastornos conductuales que pueden estar asociados con la asomatognosia son la anosodiaforia (el paciente da poca importancia al problema percibido), la misoplejía (experimenta sentimientos de odio hacia los miembros paralizados); personificación (en el contexto de una reacción eufórica, el sujeto asigna sobrenombres a sus miembros paralizados) y somatoparafrenia (el individuo cree que sus miembros pertenecen a otra persona) (Feinberg, Venneri, Simone, Fan, Northoff, 2009).

2.4.7 Apraxia gestual

Se definen como una incapacidad en la realización de movimientos proposicionales, con preservación de las capacidades motoras de base y en pleno conocimiento del acto a ejecutar, ausencia de defectos en la comprensión o intelectivos generales.

Como refiere Peña casanova (1991) las apraxias gestuales (ideatoria, ideomotora) son de presentación bilateral y en caso de la presencia de una hemiplejía la valoración es únicamente posible en la extremidad no deficitaria para discernir si el gesto no es realizado por falta de evocación gestual o de la secuenciación lógica del acto (apraxia ideatoria) del que falla en la realización y específicamente en la imitación (apraxia ideomotora).

- **Apraxia ideomotora**

Se refiere a un defecto o incapacidad de realizar un acto motor previamente aprendido, a un déficit en la ejecución del acto y no en la conceptualización del movimiento. Existe un trastorno en la transcripción del gesto en un programa motor preciso el paciente sabe “qué hacer” pero o “cómo”. No se actualizan los engramas depositados en la experiencia motriz previa.

Las apraxias ideomotoras pueden aparecer por lesiones parietales, lesiones en el hemisferio izquierdo, lesiones en el cuerpo calloso o lesiones que destruyen la corteza premotora izquierda.

El problema es independiente a la destreza o dominancia manual.

Cuanto más experimental y descontextualizada es la orden, más fácil es la aparición de los fenómenos apráxicos.

- **Apraxia ideatoria**

Es la incapacidad para llevar a cabo una serie de actos, un plan ideatorio, con alteraciones en la sucesión lógica de los movimientos, a pesar de que se ejecutan adecuadamente los elementos de la secuencia. La desorganización de la secuencia motora se observa cuando el acto motor queda incompleto, al reemplazar un movimiento por otro similar (parapraxia) o al invertir el orden de la secuencia. Los pacientes pueden imitar movimientos sencillos pero no secuencias elaboradas.

Es un trastorno en el plan de acción ideativo, cuando el paciente debe combinar una serie de gestos en una serie apropiada.

La apraxia ideatoria es típica de lesiones amplias localizadas en la región parietotemporal posterior del hemisferio izquierdo.

- **Otras manifestaciones clínicas**

Apraxia motora, se refiere a la incapacidad de realizar movimientos precisos y consecutivos destinados a un fin. Dentro de esta categoría se encuentra la que Luria denomina apraxia cinética, representando uno de los defectos que subyacen a la afasia de Broca y que afectaría a los movimientos requeridos para producir el lenguaje (han perdido la capacidad de mantener la velocidad adecuada y exactitud del movimiento) se toma generalmente como perseveración.

Apraxia cruzada, se utiliza en aquellos casos de apraxia en los que las lesiones cerebrales contralaterales a aquellas que se esperarían para tales síntomas, provocan el déficit. Implica dominancia hemisférica cruzada,

funciones lingüísticas en el hemisferio derecho y habilidades visuoespaciales en el izquierdo.

Apraxia de la marcha, dificultad para mover las piernas alternadamente o iniciar los movimientos precisos y coordinados adecuadamente para poder caminar, el paciente queda como adherido al suelo sin poder levantar los pies “marcha magnética”, si responden a ordenes simples.

Apraxia constructiva gráfica, del uso de un solo instrumento, apraxia para escribir, apraxia agráfica, agrafia apráxica y una apraxia para reproducir posiciones específicas de la mano.

Apraxias de la cara: apraxia bucofacial y apraxia oculomotora.

Apraxia axial o troncopedal, compromete los movimientos con el eje del cuerpo y cursa con incapacidad para realizar movimientos como sentarse y adoptar una posición particular.

Apraxia del vestir, los pacientes presentan dificultad para reconocer en que parte del cuerpo deben colocar una prenda. Se relaciona con lesiones en la región posterior del hemisferio derecho.

Apraxia del habla o apraxia verbal, presencia de un gran esfuerzo articulatorio que afecta más a las consonantes que a las vocales, lenificación del habla y dificultad para su iniciación.

2.4.8 Síndrome Amnésico

En este síndrome los pacientes presentan alteración del nuevo aprendizaje (memoria anterógrada) con alteración variable de la memoria retrograda y con una preservación de la memoria a corto plazo y de la memoria procedimental.

La característica de este síndrome es la amnesia anterógrada que compromete el aprendizaje cualquiera sea la modalidad sensorial, dejando al paciente en un continuo presente en el que toda la experiencia luego de la enfermedad se vive como nueva. Esto interfiere en su vida diaria: olvida citas,

no retiene nombres y caras, no sabe el día ni la hora y no aprende rutas nuevas.

Los pacientes con síndrome amnésico presentan además amnesia retrógrada (pérdida o dificultad de acceso a memorias adquiridas antes del inicio de la enfermedad).

En la enfermedad cerebrovascular, (generalmente tras un infarto del núcleo caudado secundario al pinzamiento quirúrgico de una de una aneurisma de la arteria comunicante anterior), se produce amnesia con alteración de la recuperación. Estos pacientes recuperan la información solo con ayuda y pistas, lo que manifiesta el uso de menor cantidad de recursos cognitivos. En este cuadro se destaca la fabulación del paciente sustituyendo sus lagunas de memoria con información más o menos verosímil a veces relacionada con hechos o situaciones del pasado.

Otro aspecto es la aparición durante la exploración de intrusiones (el sujeto responde con elementos que no se encuentran en la fase de aprendizaje). Este tipo de amnesia se produce por lesiones en la corteza orbito frontal mesial, núcleos magnocelulares del prosencéfalo basal (núcleo septal medial, banda diagonal de Broca, núcleo basal de Meynert).

2.4.9 Síndrome Disejecutivo

Frecuentemente el daño prefrontal no se manifiesta en deficiencias específicas en el lenguaje, la memoria, la percepción, etc., sino en cambios en el estilo de conducta del paciente: se torna apático, pueril y desinhibido, y estas modificaciones no siempre pueden ser reconocidas en una evaluación neuropsicológica estándar. La historia del paciente se convierte entonces en el dato fundamental.

A la capacidad ejecutiva contribuyen tanto la corteza dorso lateral como la orbitaria y mesial. En general, a la corteza dorso lateral se le adjudican aspectos cognitivos mientras que a la corteza orbitaria se le atribuyen aspectos emocionales.

A. Rasgos comunes en los pacientes con lesión frontal:

- *Metacognición*, los pacientes no son conscientes de sus habilidades cognitivas, de conducta y apreciación de la emoción. Además son incapaces de evaluar las consecuencias de sus actos.
- *Disociación conocimiento- acción*, los pacientes recuerdan y entienden las instrucciones sobre tareas o normas sociales, pero son incapaces de llevarla a cabo en la vida real.
- *Perseveración*, consiste en la repetición anormal de una conducta específica.

B. El Síndrome Dorsolateral presenta distintas manifestaciones:

- *Memoria operativa*, la persona tiene dificultades en mantener la información activa mientras realiza otra acción, aunque no tienen dificultad en almacenar información a largo plazo.
- *Atención*, los trastornos atencivos observados en pacientes que tienen daño prefrontal implican, por una parte, un aumento en las formas sensoriales (exo-evocadas) de atención y, por la otra, una disminución en las formas dirigidas de atención, y representan uno de los factores básicos subyacentes al síndrome prefrontal, que se manifestará en diferentes tipos de tareas.
- *Secuenciación y ordenación temporal de acontecimientos*, los pacientes presentan dificultad en esta función e incluso se hayan incapacitados para seguir, detectar, y aprender secuencias verbales, motoras o conductuales.
- *Sentido del humor*, presentan una incapacidad sorprendente para captar el sentido de un chiste, algo de lo que el paciente es consciente. Se trata de una habilidad cognitiva relacionada con la anterior; el paciente es incapaz de seguir la secuencia lógica de los acontecimientos, y por ello no distingue cual es la secuencia que no encaja en la historia y qué es lo que hace reír.

- *Programación motora*, el sujeto comprende la acción que tiene que realizar pero no puede llevarla a cabo.

- *Memoria*, tiene capacidad para almacenar información pero no para recuperarla apareciendo con frecuencia la confabulación, falsos reconocimientos y amnesia retrograda focal. Esto proviene de los deficientes mecanismos de codificación. Este proceso mnesico requiere de una estrategia y de la focalización de la atención.

- *Lenguaje*, presentan dificultad en generar palabras y para comprender estructuras gramaticales tanto en el lenguaje oral o escrito. En las lesiones premotoras pueden ocurrir una disartria y una afasia transcortical motora típica. Puede aparecer en determinadas lesiones frontales (circunvolución inferior izquierda) alteraciones como generar verbos en respuesta a nombres concretos, por ejemplo: ante la palabra “aguja” aparece la respuesta “coser”.

- *Comportamiento*, los pacientes tienden a ser apáticos, lentos, inatentos, desmotivados, distraídos, dependientes del ambiente, sin concretar la atención, carecen de curiosidad, no son capaces de tomar decisiones. Con lesiones izquierdas las depresiones son frecuentes.

Los fármacos con más posibilidades de éxito parecen ser los dopaminérgicos, los estimulantes, los antidepresivos tricíclicos a dosis bajas y los antagonistas alfa adrenérgicos, pero los resultados no son alentadores.

C. Síndrome Orbitario

La corteza orbitaria corresponde a la representación neocortical del sistema límbico y tiene que ver con la adecuación en tiempo, espacio e intensidad del comportamiento en respuesta a un estímulo externo. Las lesiones en esta zona parecen desconectar el sistema de vigilancia frontal dorsolateral del sistema límbico y como consecuencia las respuestas conductuales no están controladas por la razón o la lógica. La mayoría de las estructuras que procesan emociones (corteza sensitiva, amígdala, estriado ventral, corteza orbitaria, cíngulo e hipocampo) son importantes en la conducta social que se ve afectada.

- *Normas sociales*, presentan dificultades para negociar, seguir normas básicas de amistad y mantener relaciones estables; dificultades derivadas de no entender que sienten los otros y carecer de visión de futuro.

- *Teoría de la mente*, los pacientes son incapaces de imaginar que piensa, espera, opina o siente el otro (que se desarrolla a los 4 años). El polo frontal basal es fundamental en esta función.

- *Toma de decisiones*, los pacientes no aprenden de la experiencia emocional para tomar decisiones y por tanto tampoco pueden anticipar las consecuencias de las acciones, siendo hipersensibles a las recompensas inmediatas.

- *Personalidad y emoción*, se observa en ellos menos abiertos, nada meticulosos, con menor autoestima, confusión con respecto a su sensación de competencia, identidad y relación con el mundo. Se vuelven rígidos, poco flexibles, son irritables, impulsivos e impacientes con los otros y egocéntricos.

- *Empatía y conducta emocional*, su capacidad de empatía, es decir la capacidad de sentir el estado emocional del otro, entenderlo y poner cara que corresponde a la situación es muy pobre. Los sentimientos morales más elaborados, como culpabilidad, vergüenza, celos u orgullo son poco apreciables en estos pacientes, al menos son capaces de describirlo.

- *Dependencia del entorno*, tendencia a imitar al examinador o tocar y utilizar todos los objetos que tiene a su alcance (conducta de imitación y utilización). Parece que la pérdida de inhibición frontal da lugar a una hiperactividad parietal, con una tendencia a explorar el entorno con el contacto.

- *Comportamiento*, parecen eufóricos y maníacos. El tratamiento posible es benzodiazepinas, propranolol, carbamacepina, ácido valpróico, litio y agonistas serotoninérgicos.

D. Síndrome Mesial

El síntoma principal, sobre todo si se trata de lesión bilateral, es el mutismo acinético. El paciente está despierto pero sumido en total apatía, abulia. Los pacientes con lesiones cingulares mostraran esa conducta.

Este síndrome no es frecuente en la clínica neurológica, se puede presentar en infartos bilaterales de la arteria cerebral anterior. La apatía mejora con agentes dopaminérgicos en una variedad de cuadros psiquiátricos, pero son poco eficientes en lesiones en este circuito.

2.4.10 Demencia Vascular

Se trata de un síndrome caracterizado por un deterioro de múltiples áreas cognitivas con alteración de las actividades de la vida diaria, secundario a lesiones vasculares cerebrales. Se pueden clasificar según su patología subyacente en:

- **Demencia multiinfarto**, debido a infartos tromboembólicos en el territorio de las grandes arterias cerebrales.
- **Demencia vascular subcortical**, debida a enfermedad isquémica de pequeño vaso.
- **Demencia de infarto estratégico**, infartos pequeño pero situados en áreas críticas para la cognición como el infarto talámico, unilateral o bilateral, por trombosis de una o ambas arterias talámicas paramedianas.
- **Demencia isquémica- hipóxica**, secundaria a hipo perfusión cerebral crónica o isquémica.

La anatomía patológica refleja la heterogeneidad que se observa clínicamente. Se puede observar infartos corticales y de la sustancia blanca subyacente en demencia con multiinfartos o infartos estratégicos y múltiples infartos lacunares subcorticales preferentemente en tálamo y ganglios basales en pacientes con un patrón de predominio subcortical.

El deterioro cognitivo de origen vascular (DOV), se caracteriza por la presencia de alteraciones cognitivas difusas donde predomina la lentitud

psicomotora, el trastorno atencional, y la pérdida de memoria, en especial de la memoria de fijación.

Los accidentes cerebrovasculares están ubicados en áreas corticales relacionadas principalmente con una función cognitiva, por lo que el déficit estará restringido a esa área cognitiva.

La demencia vascular (DV), se caracteriza por una progresión escalonada en relación con los diferentes ACV que pueden sufrir los pacientes con DV, dando lugar a una afectación cognitiva global que afecta a más de una área cognitiva y que interfiere en las actividades de la vida diaria de los pacientes. Sin embargo en ocasiones un solo ACV puede dar lugar a una DV, cuando se produce en una zona cerebral estratégica. Algunos infartos talámicos también pueden provocar trastornos cognitivos múltiples causando una DV caracterizada por trastornos de la memoria, del lenguaje y de la función ejecutiva de forma simultánea.

Capítulo 4

Contexto Social

4.1 Contexto Familiar

Definición de Familia

- Organización Mundial de la Salud

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), podemos definir la familia como *“conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan”*.

- Teoría General de los Sistemas

Ésta teoría surgió con la finalidad de dar explicación a los principios sobre la organización de muchos fenómenos naturales, habiéndose convertido en un modelo predominante en el estudio de la familia (Satir, Minuchín, 1986; Selvini, Palazoli, Andolfi, 1993, Musitu et al., 1994, Rodrigo y Palacios, 1998, Gimeno, 1999).

Desde la perspectiva que nos ocupa, *“La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior”*, (Minuchín, 1986, Andolfi, 1993; Musitu et al., 1994, Rodrigo y Palacios, 1998).

Comenzando por los términos que aparecen en la definición de sistema, vemos que la familia es:

- **Conjunto:** En tanto que conjunto, la familia es una totalidad, una Gestalt que aporta una realidad más allá de la suma de las individualidades, más allá de los miembros que componen la familia. Esta totalidad se construye mediante un sistema de valores y creencias compartidos, por las experiencias

vividas a lo largo de la vida, y por los rituales y costumbres que se transmiten generacionalmente. Esta cultura familiar fraguada con el tiempo da una identidad al grupo, fortaleciendo el sentido de pertenencia de sus miembros, dando respuesta a sus necesidades de filiación y contribuyendo a la construcción de la propia identidad personal frente al medio. Con esto responde a la propiedad de homeostasis de la TGS.

- **Estructura:** Lo mismo que cualquier sistema, la familia lleva consigo una estructura, una organización de la vida cotidiana que incluye unas reglas de interacción y una jerarquización de las relaciones entre sus componentes; también incluye unas reglas que regulan las relaciones entre los familiares y las relaciones con el exterior y que indican quién pertenece y quién queda excluido del grupo familiar.

Las reglas suelen ser acordes con los valores y creencias de la familia y regulan también la detección de las necesidades de sus miembros, la comunicación y las conductas de dar y recibir ayuda, que son de suma importancia para conocer la funcionalidad del sistema.

Las reglas responden a Meta-reglas, que son reglas de orden superior, (ejemplo la que regula la posibilidad de cambiar).

La estructura familiar supone que existe una o unas figuras que asumen el liderazgo, por tanto, ellas ejercen una mayor influencia en la elaboración y mantenimiento de las normas familiares, y también en las sanciones que pueden derivarse de su incumplimiento. El líder familiar ejerce también una mayor influencia en el modo de pensar, sentir y comportarse de los miembros de la familia.

La estructura familiar es asimétrica y la funcionalidad del sistema también es mayor cuando el liderazgo es democrático o existe una autoridad flexible (Minuchin, 1984).

- **Personas:** La persona, es un sujeto activo, capaz de modificar el sistema y de cambiar la meta y los procedimientos internos, sin que el sujeto quede reducido a un mero producto de la globalidad.

Sin que la crítica suponga una vuelta a la causalidad unidireccional e individual, y conscientes de que no todos los miembros de la familia tienen el mismo poder para producir o generar el cambio, los estudios de enfoque sistémico reconsideran el papel del individuo.

La psicología del Desarrollo reivindica el fenómeno de la **resiliencia** como un proceso de desarrollo, que supone una resistencia individual a los entornos adversos y devastadores, entre ellos a la familia. En los casos de resiliencia la persona se desmarca de los modelos que le ofrece la familia, buscando referentes o tutores más allá del entorno próximo, en los que se apoya para potenciar su desarrollo personal y social más allá de todo pronóstico.

- **Propositivo:** Con este término se hace referencia a que el sistema familiar está orientado a la consecución de determinadas metas.

Las metas del sistema familiar son en principio asignadas socialmente, y luego interiorizadas; y son básicamente la protección y educación de los hijos y su integración en la comunidad como miembros activos. La protección es una meta que se hace extensiva a todos los miembros de la familia, especialmente a aquellos más frágiles o vulnerables: enfermos, mujeres, ancianos..., de modo que en las sociedades occidentales se han ido creando leyes y sistemas de protección orientados a que la familia proteja y vele por los derechos de todos.

- **La Autoorganización de la familia** se une a la capacidad de retroalimentación, es decir, de recabar información sobre el proceso de desarrollo familiar, sobre los niveles de logro de las metas y sobre la eficacia de las reglas y de las estrategias activadas a tal efecto. Existe en ocasiones resistencia a los cambios que provienen del exterior, para los que la familia desarrolla procesos de asimilación e integración de lo nuevo en la estructura existente y de rechazo a lo que se considera extraño al sistema.

- **Interacción:** Los miembros de la familia permanecen en contacto entre sí a partir de una serie continua de intercambios que suponen una mutua

influencia y no una mera causalidad lineal, sino bidireccional o circular, que tiende a mantenerse estable.

- **Abierto:** La familia, como sistema abierto, significa que está en continua interacción con otros sistemas.

Familias y Daño Cerebral

Douglas (tomado de Junqué *et al.*, 1996) describió la respuesta de la familia tras el daño cerebral:

- **Shock:** confusión, angustia, frustración, desamparo. “Deseo que sobreviva”.
- **Esperanza:** optimismo exagerado frente respecto de la recuperación, negación; esperanza. “Se pondrá bien”.
- **Realidad:** Depresión, rabia, culpabilidad, aislamiento social, rompimiento de las relaciones familiares y de los roles existentes. “Todavía está progresando, pero la recuperación es lenta”.
- **Aceptación:** conciencia de la permanencia de la situación, aceptación de los cambios del familiar, lamentación de lo que pudo haber sido. “No volverá a ser el mismo”.
- **Ajuste:** reajuste de las expectativas, redefinición de las relaciones y los roles, reestructuración familiar. “Nuestras vidas son ahora muy diferentes”.

Kleiman, (1988) hace un análisis de la construcción de la enfermedad que hace el individuo y su familia. Se habla de tres conceptos de la enfermedad como experiencia para el sujeto que la padece, como alteración biológica o como reflejo de ciertas condiciones sociales a las que está sometida la población.

El significado que la familia otorgue a la enfermedad será el resultado de la interacción entre estas tres influencias.

Rolland (1989) considera que el impacto en la familia dependerá de varios factores:

- El comienzo agudo como es el caso del ACV, obliga a realizar cambios y mover recursos en un corto periodo de tiempo que llevaran a un desgaste mayor para la familia.
- En las enfermedades de curso constante se parte de un problema agudo y a medida que se estabiliza el paciente, comienza un entrenamiento para lograr cierta independencia en la realización de diversas actividades. Como consecuencia la familia puede ir disminuyendo esfuerzos en relación al cuidado y asistencia del paciente. Este sería el caso de muchos pacientes con ACV.
- El grado de discapacidad, física, intelectual o de secuelas conductuales del paciente, determinará el nivel de afrontamiento que la familia deberá adoptar. El impacto que las secuelas del paciente tengan en la organización familiar, dependerá, entre otras variables, del rol que cumplía con anterioridad el individuo en el sistema.
- El pronóstico de la enfermedad que califica como fatal, a corto o mediano plazo, puede provocar que la familia asuma actitudes de desesperanza, que limitarían los esfuerzos y el manejo del paciente, con el riesgo de que éste se sienta abandonado. Por el contrario puede suceder que la familia asuma una actitud sobreprotectora, lo que haría sentir al paciente más limitado.

Navarro (1991) refiere que existe otra manera de medir el impacto de la enfermedad sobre la familia, esto es analizando el funcionamiento interno:

- **Alteraciones estructurales familiares**, se presenta cuando hay patrones rígidos de funcionamiento en que las reacciones de emergencia en la fase de crisis se mantienen en el tiempo, aunque dicha crisis se haya superado. En estos casos el paciente sigue recibiendo cuidados excesivos tomando los familiares una actitud de sobreprotección, además la jerarquía y los roles se modifican para desempeñar y reasumir funciones que antes realizaba el enfermo. La familia comienza a aislarse resultando de ello la disminución de los apoyos externos y la sensación de abandono o soledad.

- **Alteraciones del ciclo evolutivo vital**, toda familia pasa por periodos en los que deben realizar tareas inherentes a ella y en otros se apartan para llevar a cabo sus propios proyectos. El advenimiento de la enfermedad, generalmente los obliga a centrarse nuevamente en la familia e intentar compatibilizar sus actividades externas con el cuidado del enfermo. Frente a esta situación puede haber un rechazo a aceptar los cambios que implica la enfermedad o una detención en el momento evolutivo de los miembros de la familia.
- **Alteración de la respuesta emocional familiar**, existen casos donde la presencia de un familiar enfermo intensifica los vínculos familiares y en otros casos genera sentimientos ambivalentes (entre lo que los familiares deberían sentir y lo que realmente sienten), esto se traduce en deseo de ayudar al enfermo o sentirlo como una carga por las limitaciones que impone a la familia.

4.2 Contexto comunitario

El sistema comunitario es un sistema de organización y gestión política y de gobierno fundamentado en una conciliación estructurada e integradora de intereses diversos que se manifiestan en instituciones y órganos distintos. Éstos integrados en un marco jurídico y político compartido, adoptan decisiones vinculantes para todos, en ámbitos de competencia determinados. Su constitución y funcionamiento reposan necesariamente en los principios de democracia cooperativa, diversidad y solidaridad.

De lo anterior se desprenden las políticas públicas: estas se pueden entender como un proceso que se inicia cuando un gobierno o una autoridad pública detecta la existencia de un problema y efectúa las acciones para eliminarlo o mejorarlo y termina con la evaluación de los resultados que han tenido las acciones emprendidas para eliminar, mitigar o variar ese problema. Ejemplo de políticas públicas son, políticas sanitarias, educativas, medio ambiental, seguridad vial, protección social.

4.3 Sistema de salud Pública Argentina

La OMS define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁹. “Personas saludables en comunidades saludables”¹⁰ es la meta final de todas las intervenciones de salud pública en cuanto están dirigidas a promover la salud física y mental y a prevenir las enfermedades, lesiones y discapacidades. Otra forma de describir la salud pública es identificarla con la “acción colectiva para el mejoramiento sostenido de la salud de toda la población”¹¹.

Un sistema de salud es un modelo de organización social para dar respuesta a los problemas de salud de la población.

Dentro del sistema comunitario una de las áreas abordadas es la salud. La Atención Primaria de la Salud es una estrategia que concibe integralmente los procesos de salud - enfermedad - atención de las personas y del conjunto social, a través de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción y la rehabilitación de la salud.

El propósito de la atención primaria de la salud es mejorar el estado sanitario de la población, involucrándola a través de la participación social, brindando cobertura universal mediante actividades de promoción y prevención de la salud. Por lo tanto, para la estrategia de atención primaria de la salud es decisivo asegurar el vínculo entre la comunidad y el equipo de salud, la articulación con las redes locales, alcanzando desde el sistema sanitario los hogares, permitiendo conocer la realidad social y las condiciones de salud de la población favoreciendo así otras formas de organización al interior del equipo de salud.

⁹ Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, 1946. In: Basic documents, 45th ed. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://whqlibdoc.who.in/hits/official_records/constitution.pdf, accessed 2 October 2006).

¹⁰ Breslow L et al. Encyclopedia of public health. New York, Macmillan Reference, 2002.

¹¹ Beaglehole R et al. Public health in the new era: improving health through collective action. Lancet, 2004; 363:2084–2086.

En la provincia de San Juan se cuenta con el Centro Único de Rehabilitación Integral Neurológica, ubicado en el departamento de Rawson. Se trata de una institución dependiente del Ministerio de Salud Pública de la provincia. En él se trabaja interdisciplinariamente, contando en su equipo con un médico fisiatra, quien es el director del centro, kinesiólogos de adultos, kinesiólogos infantiles, terapeuta ocupacional, Psicóloga, Psicopedagoga, Trabajadora Social y Fonoaudióloga.

Se atienden pacientes que no poseen obra social, de todas las edades con patologías de origen o afectación neurológica, con los objetivos de rehabilitación y reinserción según las necesidades y etapa evolutiva del paciente.

Desde el área de psicología y psicopedagogía se trabaja entorno a aspectos directa o indirectamente vinculados al diagnóstico médico, los cuales incluyen:

- Intervención sobre aspectos emocionales inherentes al diagnóstico.
- Evaluación, estimulación y rehabilitación neurocognitiva.
- Apoyo y orientación familiar.
- Psicoeducación.

4.4 Contexto Legal

A las secuelas físicas y los déficit cognitivos que siguen a las lesiones neurológicas se suman cambios en el funcionamiento psicosocial y emocional del paciente y su familia, generándose un impacto en la reintegración social y laboral del afectado e influye en el grado de cronicidad de la discapacidad y el manejo del equipo rehabilitador.

En referencia a lo expuesto el artículo 75 de la constitución Argentina establece:

"Corresponde al Congreso (...) inc. 23. Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato y

el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad (...)"¹²

Desde el año 2008, Argentina aprueba y ratifica con fuerza de ley la Convención de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo (Ley 26378).

En la convención se establece el concepto de discapacidad como un término que evoluciona y que *“resulta en la interacción entre las personas con deficiencia y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás”*¹³.

Cuando se habla de personas con discapacidad se incluye a quienes tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que al interactuar con diferentes barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Los principios generales de la convención versan sobre el respeto de la dignidad, autonomía individual, libertad de tomar decisiones y la independencia de las personas; la participación plena y efectiva en la sociedad; respeto hacia las persona con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humana.

En relación a la **Habilitación y rehabilitación**, la convención en su **artículo 26** establece que el estado adoptara medidas efectivas y pertinentes para que la persona con discapacidad pueda lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social, vocacional de inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. Para ello el estado debe organizar programas de habilitación y rehabilitación, sobre todo en los ámbitos de salud, empleo, educación y servicios sociales.

¹² Constitución de la Nación Argentina.

¹³ Ley N° 26378 sobre Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo. Sancionada el 21 de Mayo de 2008 y promulgada el 6 de junio de 2008.

En relación con los programas se estipula que los mismos:

- Deben comenzar en una etapa temprana basados en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de las personas.
- Deben apoyar a la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad.
- El estado promoverá el desarrollo de formación continua para los profesionales y el personal que trabaje en los servicios de habilitación y rehabilitación.
- El estado promoverá la disponibilidad, conocimiento y uso de tecnología y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, a efectos de la habilitación o rehabilitación.

La presente ley en su **artículo 27** hace referencia al trabajo y empleo: establece que los “...*Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás, ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido (...) los Estados Partes salvaguardaran y promoverán el ejercicio del derecho al trabajo incluso para personas que adquieran una discapacidad durante el empleo...*”.

Si bien la convención de los derechos de las personas con discapacidad contempla todas las necesidades que en la realidad aparecen en situaciones como las que vive el individuo y su familia frente a secuelas, por ejemplo del ACV, es poco conocida por las instituciones y por los mismos afectados.

Esta convención incorpora el concepto de discapacidad desde el Modelo Social. Este modelo considera la discapacidad como una situación de inadecuación social, en este sentido la discapacidad no le pertenece al individuo con alguna deficiencia sino a la sociedad que al no estar preparada o predispuesta, limita las acciones del individuo colocándolo en **situación de discapacidad**. De esta forma una persona que ha sufrido un ACV y se encuentra en silla de ruedas no está en situación de discapacidad hasta encontrarse con una escalera que no tenga rampas para poder subir.

Capítulo 5

Análisis de casos

Caso N° 1

Datos del paciente

- María
- 62 años
- 5 a 7 años de escolaridad
- Ama de casa
- Lateralidad derecha.

Antecedentes

La información referente a la historia médica se obtuvo en historia clínica y entrevista con los hijos de la paciente.

Se reporta que María posee antecedentes de cáncer de mama de siete años de evolución, controlado.

Presenta en el año 2013 dolor de espalda y fiebre, se le diagnostica endocarditis por estreptococo, esto le produce un ACV por embolia séptica, viéndose comprometida la arteria cerebral media izquierda.

Como secuelas del ACV la paciente presenta al momento del ingreso a la institución, hemiparesia braquio crural izquierda, apraxia gestual, afasia de broca (pronuncia palabras sueltas y comprende consignas simples) puede sentarse y no controla esfínter.

El proceso de evaluación comienza con un año y dos meses de evolución de la enfermedad de la paciente, quien ha realizado en este período un proceso de rehabilitación multidisciplinar de psicología, kinesiología y fonoaudiología.

Observación comportamental

A la valoración se presenta una mujer diestra con edad aparente a la edad cronológica, en adecuadas condiciones de aliño e higiene personal. Se mostró alerta y atenta, inicialmente se percibió nerviosa y preocupada por la calidad de su ejecución y a medida que la valoración progreso se mostró con elevada frustración en las pruebas donde no se le realizaba el apoyo gestual, lo que impedía la comprensión de la consigna.

Se muestra atenta con su mirada a fin de interpreta la realidad que la circunda, no emite sonido, pero es muy expresiva con su cara.

Pruebas aplicadas:

Entrevista familiar, escala de detetioro de Barthel, Global Deterioration Scale de Reisberg (Escala de deterioro global) de Reisberg) programa integrado de exploración neuropsicológica -Test Barcelona:

- Gesto simbólico
- Mímica del uso de objetos,
- Uso secuencial de objetos,
- Imitación de posturas,
- Secuencias de posturas,
- Praxis constructivas gráficas,
- Atención visuografica,

Análisis de Entrevista Familiar

A la primera entrevista, llega acompañada de su hijo quien dirige la silla de rueda de su madre, la ayuda a ingresar al consultorio y muestra buena predisposición a aportar datos sobre la situación familiar y personal de la señora.

Refiere que la paciente una mujer casada, madre de tres hijos (dos varones y una mujer), los varones están casados con hijos. La hija menor de la señora es la que aún vive con ella.

Hace referencia al comienzo de la enfermedad pero cuidando los datos debido a que considera que su madre no debe presenciar ese tipo de conversación pero no accedió a que la señora se mantuviera fuera del consultorio. Esto se puede observar según Douglas como una actitud propia de la etapa de Shock y de sobreprotección del hijo hacia la madre.

Durante el relato del hijo, la paciente sonríe y si el hombre modifica su gesto ella también.

La segunda entrevista es realizada con la hija menor, quien ingresa sola.

En este encuentro se aborda el cambio que generó en la familia la situación de discapacidad de la madre. *“siempre fuimos muy unidas, hacíamos todo juntas...desde que se enfermó, yo deje mi trabajo, mi pareja para ocuparme cien por ciento de ella...todo lo que trabaja aquí, lo reforzamos en casa, ahora estamos trabajando con las horas y las letras...”*. Esto manifiesta una alteración en la estructura familiar a la que se refiere Navarro, asumiendo la cuidadora (hija menor) una actitud de sobreprotección, dejando sus actividades y proyectos personales y reasumiendo funciones de la madre, manifestando una alteración del ciclo vital de la familia ya que la enfermedad obliga a los demás hijo a abocarse nuevamente sobre el grupo familiar y organizarse para acompañar a la paciente a rehabilitación tres veces por semana y a realizar controles y estudios necesario así también como la realización de trámites para procurar medicación.

La familiar refiere además que su madre, quien siempre fue ama de casa, se dedicaba a sus plantas, le gustaba pintar y ahora se frustra cuando trata de realizar una actividad o cuando desea comunicarse. *“La única persona que comprende e interpreta lo que mi mama desea comunicar soy yo”* refiere la hija.

Esta situación trajo como consecuencia que dejaran de frecuentar eventos sociales y solos se vinculen con la familia próxima (hijos, nueras y nietos).

Se detectan entonces según la teoría general de los sistemas algunos patrones rígidos de funcionamiento familiar frente al cambio, esto es propio de familias en las que el comienzo de la enfermedad de uno de sus integrantes es brusco, lo que obliga al sistema a mover recursos en corto periodo de tiempo y esto genera un desgaste en la familia. El grupo familiar se convierte en un sistema cerrado que no realiza intercambios con otros sistemas familiares.

La familia al momento de la entrevista se encuentra según explica Douglas, en una etapa entre la esperanza (creen que de un momento a otro, la señora comenzara a hablar normalmente) y la realidad (se aíslan, dejan de frecuentar eventos sociales para que la madre no se sienta mal).

En la entrevista se utilizó la **escala de Barthel**, la cual arrojó como resultado al momento de la evaluación un puntaje de 40 que se traduce en una dependencia moderada del ambiente ya que necesita ayuda para alimentarse, bañarse y vestirse, utiliza pañales cuando duerme, se desplaza en silla de ruedas y cuando deambula, lo hace con ayuda y supervisión, no puede subir y bajar escaleras sola.

En la escala de deterioro global (GDS 3) se obtiene como resultado el Déficit cognitivo leve.

Resultado y análisis de las pruebas

- Lenguaje

En relación al lenguaje, María presenta debido a la lesión de la arteria cerebral media izquierda, presenta afasia de Broca, no fluente, con hemiplejía y apraxia gestual. La paciente tiene clara conciencia de su dificultad en la expresión oral por lo que presenta episodios de frustración y depresión.

- Praxias

La paciente obtuvo resultados inferiores a lo esperable en las pruebas de gesto simbólico y mímica de objetos a la orden, sin embargo realizó con éxito tareas por imitación. Este hecho manifiesta su capacidad ideomotora ya que puede realizar el acto motor por imitación, si bien en este caso se elimina el componente de aferencia verbal, se introduce un componente visual.

Se evalúa praxia ideatoria a través del uso secuencial de objetos, observándose mejor rendimiento en relación con el uso de aquellos elementos de mayor familiaridad, por ejemplo: encender una vela.

La paciente manifestó dificultad en imitación y secuencia de posturas, esto se relaciona con apraxia melocinetica, observándose: manifestación contralateral, reducción del número de movimientos, enlentecimiento.

La diferencia entre los defectos en imitación y secuencia de posturas es que en la primera depende de la corteza parietal y el segundo exigiría la participación de la corteza premotora.

Considerando el cuadro de María y que la prueba fue realizada con la mano izquierda, obtuvo un buen rendimiento en actividades de construcción grafica (praxis construcciona grafica), a la orden pudo dibujar un cuadrado e intentó grafica una maceta. En relación a la copia se observa buena performance en todos los gráficos excepto en el dibujo de la casa.

- Atención visuográfica

En esta prueba la paciente en la que debe tachar una figura determinada entre otras, tuvo un buen desempeño. Esto marca la ausencia de afección en el área primaria visual (17B) área secundaria visual (18 y 19B), procesamiento de la información visual, vía ventral (occipitotemporal) a través del fascículo longitudinal inferior. Vía dorsal (occipitoparietal) que transcurre por el fascículo longitudinal superior. Esto descarta hemiatención o heminegligencia.

Conclusiones

La señora María de 62 años, ama de casa, madre y abuela. Presenta una afasia global, con evolución hacia una afasia de Broca. Viéndose afectadas sistemas temporales, frontotemporales con menor afectación de los sistemas posteroinferiores. Su lenguaje expresivo presenta preservaciones y su expresión es solo gestual aunque comprende palabras sueltas.

Su atención se encuentra preservada lo que le permite el aprendizaje, sin embargo se frustra fácilmente cuando una actividad no se resuelve con facilidad.

Se observa dificultad en la secuencia de postura debido a su hemiparesia derecha, pero mantiene un muy buen desempeño en las praxias constructivas existiendo una adecuada percepción del estímulo, planificación de la tarea, buen funcionamiento de los sistemas motores de control de la mano, y una buena verificación de la acción.

A lo anteriormente expuesto se suma que su atención visuoespacial se encuentra conservada y las vías que intervienen también.

Las secuelas motoras y cognitivas presentes en la paciente ha impactado en su relación con el medio familiar y social. Depende de su hija para asearse, comer, y es a través de ella que se conecta con los demás integrantes del sistema familiar ya que es la única que puede decodificar el mensaje de la señora. Presenta llanto constante e irritabilidad y esto representa un cambio significativo en el carácter de la afectada, que tenía un carácter alegre y enérgico.

María estaba encargada de la administración de su hogar y del cuidado de sus nietos, tarea en la que ya no puede desempeñarse.

La señora se aísla cada vez más de la familia extensa y amigos porque no desea que la observen en este estado de discapacidad.

La rutina familiar se vio alterada de manera significativa debido a esta situación ya que las actividades de todos los integrantes se ven condicionadas por los horarios de cuidado y consultas de la paciente.

Teniendo en cuenta esta capacidad conservada en la paciente sumado la participación activa que tiene su familia en la rehabilitación se plantea como estrategia aplicar sistemas aumentativos de la comunicación que se sostienen en la percepción visual, permite que la persona se comunique también con individuos que no son familiares y de esta manera se reduce el

sentimiento de frustración respecto a la comunicación y se abre el sistema familiar.

Caso N° 2

Datos del paciente

- Mariano
- 22 años
- 5 a 7 años de escolaridad
- Mecánico
- Lateralidad derecha

Antecedentes

Paciente de 22 años que ingresa a la institución el 09 de agosto de 2013 con diagnóstico de ACV Hemorrágico. Fue intervenido quirúrgicamente con el fin de realizar una resección de cráneo parieto- temporal izquierda para descompresión de hemorragia.

Los estudios complementarios (TAC, RM) muestran hemorragia en hemisferio izquierdo con efecto de masa desplazada, barrimiento de surcos, comprometida la arteria cerebral media izquierda. La Angioresonancia muestra ausencia total de flujo en arteria carótida interna.

Presenta al examen kinesiológico: hemiplejia braquio crural derecha, buen control de tronco, bipedestación con dolor.

Sistema Familia

A la entrevista familiar acude el padre del paciente quien refiere que Mariano vive con él, la madre y un hermano mayor que él.

Refiere que la mamá del paciente tiene 48 años de edad, lo acompaña pocas veces a la rehabilitación porque padece de artritis y se encuentra en tratamiento de diálisis. Por esta razón es el hermano del paciente quien lo acompaña tres veces por semana a rehabilitación.

El señor relata que su hijo siempre fue muy activo, completó sus estudios primarios y cursó el segundo año de la secundaria, luego continuó trabajando en un taller mecánico porque tenía habilidades manuales y disfrutaba mucho su trabajo. Estaba de novio antes de la accidente.

Según comenta el señor, su hijo tiene muchos amigos, continúa asistiendo al taller donde se reúne con ellos. Se traslada caminando o en transporte público. Esto muestra la apertura del sistema familiar conectándose con otros sistemas sin aislarse.

Mariano realiza muchas actividades con independencia, salvo bañarse. La única persona que lo baña es su madre ya que todavía el paciente no tiene colocada la placa protectora que sustituye al hueso craneal y existe el temor de futuras caídas. En este sentido la familia cumple su función protectora, inclinándose en la actualidad a una función de sobreprotección y rigidez ya que el baño se podría resolver utilizando una silla plástica para que el paciente no corra peligro de caerse, y de este modo se respeta su derecho y autonomía.

Se evidencia una disparidad entre la conducta de la madre y la de las demás personas, la señora se encuentra en un estado de temor, confusión y estrés ya que ella se encuentra enferma y debe cuidar a su hijo y prevenir que se lastime. Por esto es indispensable otorgar apoyo, información para que su nivel de ansiedad disminuya.

Según reporta la familia, Mariano al inicio de la Rehabilitación, tenía una actitud de ensimismamiento que se fue modificando gracias a su familia y amigos. Este aspecto se aborda en el análisis de pruebas.

La escala de deterioro de Barthel arrojó una puntuación de 80 que se traduce en una situación de dependencia leve del contexto. De tal escala resulta que el paciente necesita ayuda para comer, vestirse, y bajar las escaleras y es totalmente dependiente para bañarse.

La escala de deterioro global (GDS 1) arroja como resultado un déficit cognitivo muy leve.

Pruebas aplicadas

- Escala deterioro de Barthel.
- Global Deterioration Scale de Reisberg (Escala de deterioro global) de Reisberg)
- Test de evaluación rápida de las funciones cognitivas (ERFC).
- Addenbrooke's Cognitive Examination Revisado- ACE-R.
- Figura compleja de Rey.
- Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica, Test Barcelona.
- H.T.P.

Observación comportamental

Se observa una persona con buen estado general, óptimas condiciones de aseo, talla media. Ingresa al consultorio con marcha lenta y sin ayuda de bastón, arrastrando su pierna derecha, ocasionalmente sonrío y se muestra motivado con la tarea de evaluación, especialmente cuando debe realizar gráficos.

Análisis y resultados

De las pruebas administradas, se obtiene buen rendimiento en habilidades visoespaciales, perceptivas y orientación espacial. Presenta dificultad en tareas de orientación temporal, atención y concentración. El lenguaje se encuentra afectado (fluencia, comprensión, denominación, escritura).

- Orientación

Se encuentra orientado en espacio y personas con desorientación temporal.

- Atención

El paciente puede sostener su atención durante un periodo de 45 minutos presentando dificultades en atención selectiva como tareas de cálculo y lenguaje automático, series inversas, en ellas disminuye su performance.

- Lenguaje

Presenta afasia de broca con lenguaje no fluente, alexia con agrafia, sin embargo existe una evolución desde el comienzo de la enfermedad, hacia una afasia expresiva.

- Praxias

Para todas las pruebas, el paciente utilizó su mano izquierda (no parética). No presenta apraxia bucolinguofacial fue capaz de ejecutar adecuadamente movimientos de soplar, sacar la lengua, hacer el gesto de besar.

No existe apraxia ideatoria e ideomotora, muy buen desempeño en tarea gestuales y de uso de objetos a la orden y por imitación.

Se observa en las tareas realizadas (praxis constructiva) buena capacidad en la planificación y ejecución del acto motor, sobre todo en la copia.

- Gnosias

En referencia a la gnosia visual, no se registra alteración en dicha función. Buena performance en imágenes superpuestas y apareamiento de caras.

En relación al reconocimiento de colores, no se presenta agnosia para el color aunque si existen fallos verbo- verbales, al no conocer los nombre de los colores. Esto es coincidente con las pruebas de denominación.

Se detecta agnosia táctil en mano derecha, contralateral a la lesión, signo esperable ya que responde a la zona cerebral afectada por la hemorragia (porción anterior del lóbulo parietal).

Conclusiones y propuestas

Mariano de 22 años presenta afasia de broca con buena evolución. El defecto se muestra especialmente claro en el habla espontánea y en el diálogo. En ocasiones, el paciente puede simplemente suprimir toda expresión verbal, para caer en un cuadro de mutismo o semi-mutismo. A pesar de que los aspectos formales del lenguaje se encuentran bien conservados, el joven es incapaz de hablar por cuanto carece de un esquema expresivo.

Puede articular el lenguaje, ya que dispone de los medios para producirlo, pero su adinamia general no se lo permite. A este cuadro se suma agnosia táctil, producto de su hemiparesia.

Mantiene un buen funcionamiento en pruebas de función visuoespacial, construccional, gnosias visual, apareamiento de colores, etc. Esto refiere que el paciente conserva el buen funcionamiento de su hemisferio derecho.

Desde el aspecto psicológico, el joven posee un yo integrado, con algunos signos de vulnerabilidad, que es esperable frente a la situación que vive el paciente. Existen ciertos conflictos, inhibiciones y dificultades de adaptación, ambivalencia entre autoprotección y receptibilidad con respecto al contexto.

Frente a su situación de discapacidad muestra en sus gráfico la necesidad de sistematizar, con cierto rigor y rigidez, las actividades que realiza sin embargo se observa gran capacidad imaginativa.

El contexto familiar y social del paciente le proporciona los ajustes necesarios para que él logre su autonomía. Posee actividades programadas (rehabilitación gratuita tres veces por semana y su trabajo en el taller mecánico), las que realiza con responsabilidad acompañado de familiar o amigos.

Integra un sistema familiar abierto, con buenas interacciones que se encuentra en camino a la adaptación de la situación de Mariano.

Se propone la estimulación del lenguaje con apoyo visual, acompañando el trabajo de estimulación cognitiva con terapia psicológica.

Se considera importante abordar a la familia del joven para que disminuya su ansiedad y se clarifiquen los ajustes necesarios para que el paciente obtenga su autonomía, por ejemplo que comience a bañarse solo.

Caso N° 3

Datos del paciente

- José
- 58 años
- más de 13 años de escolaridad
- Albañil
- Lateralidad derecha

Antecedentes

Paciente de 58 años que ingresa el 3 de abril de 2014 con hemiparesia facial braquio-crural, alteración del sensorio, sin control de esfínter, desorientación temporo-espacial, amnesia anterógrada, producto de un accidente cerebro vascular hemorrágico. Como estudio complementario se realizó TAC que arrojó como resultado hematoma intraparenquimatoso en tálamo derecho.

Como antecedente familiar, su madre sufría hipertensión arterial, cáncer de hígado y falleció luego de un ACV.

El paciente presentaba hipertensión arterial no tratada.

Familia

El paciente es un hombre separado desde abril del año 2013, padre de seis hijos entre 17 y 4 años, la madre abandonó el hogar y formó una nueva pareja. José trabajaba trece horas seguidas como maestro mayor de obra. Estos datos fueron referidos por la hermana del paciente con quien vive en la actualidad y es ella junto a su esposo quienes se ocupan de José.

Los pequeños quedaron al cuidado de la hija mayores (17 años) quien tuvo que abandonar el estudio frente a esta situación.

Refiere la informante que su hermano es muy cariñoso con sus hijos y que todo el tiempo se muestra preocupado porque están solos y él no puede trabajar.

En la entrevista con José, se presenta como un hombre casado con seis hijos nombrando a la mayor con el nombre de su hermana, considera que está enfermo y sabe de qué se trata un accidente cerebro vascular, y comienza a llorar con un alto nivel de angustia. Se contiene verbalmente al paciente y se tranquiliza, pero cuando comienza a hablar de la esposa estalla en llanto.

La familia de José es monoparental con dos situaciones que rompen la homeostasis del sistema: la ruptura del subsistema conyugal con la ausencia de ambos progenitores.

La estructura familiar se ve modificada entrando en una situación de emergencia donde se deben realizar cambios y el rol de líder lo ocupa uno de los hijos y ejerce una mayor influencia en la elaboración y mantenimiento de las normas familiares, y también en las sanciones que pueden derivarse de su incumplimiento. Esto refleja la respuesta de ajuste o reajuste de las expectativas, redefinición de las relaciones y los roles, es decir, se produce una reestructuración familiar. "Nuestras vidas son ahora muy diferentes".

En esta situación de reestructuración familiar también se ve afectado el ciclo vital de la familia ya que obliga a sus integrantes a centrarse nuevamente en el sistema e intentar compatibilizar sus actividades externas con el cuidado del enfermo. Esto incumbe a la hija mayor y a la hermana del paciente.

La alteración de la respuesta emocional familiar, se observa en el discurso de la hermana a cargo José, quien se siente cansada y preocupada porque no quiere descuidar a sus propio hijos esto genera sentimientos ambivalentes entre lo que debería sentir y lo que realmente siente, esto es, deseo de ayudar al enfermo o sentirlo como una carga por los límites que impone la familia.

Observación comportamental

Hombre de 52 años, que llega en silla de ruedas, la mirada hacia el suelo, su aseo personal se observa deteriorado, orientado en tiempo y espacio, hemiparesia izquierda. Humor triste con fluctuaciones. Se mostró participativo en las pruebas aplicadas con aumento de la motivación.

Pruebas aplicadas

- Escala de deterioro de Barthel.
- Global Deterioration Scale de Reisberg (Escala de deterioro global) de Reisberg.
- Test de evaluación rápida de las funciones cognitivas (ERFC).
- Addenbrooke's Cognitive Examination Revisado- ACE-R.
- Figura compleja de Rey.
- Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica, Test Barcelona.
- H.T.P.

Análisis y resultados

La escala de deterioro de Barthel arroja un puntaje de 80 lo que equivale a dependencia leve, con mayor dificultad en el aseo personal. GDS 4, Deterioro Cognitivo moderado.

- **Atención y orientación**

Presenta dificultad en orientación temporal, fluctuando su atención ya que sufre de insomnio y ello condiciona su rendimiento.

- **Lenguaje**

Su lenguaje espontáneo, fluente, correcto en fonología, léxico y gramática. La articulación es apropiada. El volumen de su voz y la velocidad del habla también fueron de intensidad y con signos de disartria. No se encontró parafasias en su lenguaje espontáneo.

Reconoció correctamente derecha-izquierda en su cuerpo y en el examinador. Fue capaz de seguir órdenes de dos niveles utilizando la derecha-izquierda (por ejemplo, con su mano derecha señale su oreja izquierda).

- **Gnosias**

Presenta dudas y quejas acerca de su visión y nombra elementos que no se encuentran en la lámina de imágenes superpuestas y bajo rendimiento en apareamiento de cara, mostrando confusión, duda.

En la prueba de gnosias auditiva confunde unos sonidos y otro no puede ser reconocido presentando una agnosia auditiva para los ruidos asociados a lesiones en hemisferio derecho.

En relación al analizador táctil (grafestesia), solo pudo discriminar cuatro figuras en su mano derecha y como se esperaba ninguna en su mano izquierda, lo que devala una afección en el sistema somatosensorial complejo.

- **Praxias**

Se observa aproximación al modelo (closing) en la prueba grafica de secuencia de posturas, y en las de praxias construccional negligencia izquierda de predominio inferior.

- **Memoria**

Amnesia con alteración de la recuperación. Este paciente recupera la información solo con ayuda y pistas, lo que manifiesta el uso de menor cantidad de recursos cognitivos. En este cuadro se destaca la fabulación del paciente sustituyendo sus lagunas de memoria con información más o menos verosímil a veces relacionada con hechos o situaciones del pasado. Otro aspecto es la aparición durante la exploración de intrusiones (el sujeto responde con elementos que no se encuentran en la fase de aprendizaje).

Se observa amnesia anterógrada que compromete el aprendizaje cualquiera sea la modalidad sensorial, dejando al paciente en un continuo presente en el que toda la experiencia luego de la enfermedad se vive como

nueva. Esto interfiere en su vida diaria: olvida citas, no retiene nombres y caras, no sabe el día ni la hora y no aprende rutas nuevas.

- **Comorbilidad con estado depresivo mayor**

El paciente cumple con el criterio del DSM IV para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Se realiza interconsulta con psiquiatría, el paciente es medicado y se espera su evolución favorable.

Conclusión

En la valoración neuropsicológica se observó la presencia de dificultades atencionales, curva descendente de memoria, y dificultades en la interpretación de material verbal abstracto. La ejecución en tareas visuales y visoespaciales se encuentra muy afectada. La valoración reveló un síndrome de agnosia visual, hemiatención y heminegligencia espacial, y además agnosia táctil y auditiva.

El desempeño general fue variable debido a la fluctuación de la atención y estado de ánimo depresivo que se manifestaba en la lentitud de su pensamiento.

De la prueba psicodiagnóstica se infiere que el paciente es una persona obstinada, cautelosa, con dificultad de adaptación, con gran necesidad de apoyo emocional y de seguridad. Manifiesta conflicto en relación a sus impulsos físicos y algunos indicadores de agresividad e irritabilidad.

En relación a la familia, el paciente no posee un contexto favorable para realizar su rehabilitación con constancia y es la misma situación la que profundiza su alteración anímica.

Las secuelas producto del ACV, producen un profundo impacto en la vida del paciente y su familia ya que no puede sostener económicamente a sus hijos producto de su incapacidad para la vida laboral y su única opción es vivir lejos de ellos para ser asistido por su hermana.

Sus hijos viven solos, siendo la mayor de sus hijas la encargada de cuidar de ellos con solo 17 años, con la responsabilidad de procurarles alimento y lograr que asistan a la escuela, por momentos sin éxito.

José se encuentra sumido en una profunda depresión producto de las secuelas que dejó el accidente cerebro-vascular y de la situación socio económico y emocional que tuvo como consecuencia.

Se propone el trabajo conjunto de estimulación cognitiva, psicología, terapia ocupacional y asistente social, para procurar un contexto apropiado de contención para el paciente y sus hijos, lograr autonomía en el adulto. Cuando la contención familiar no es posible es la comunidad a través de su servicio de Salud Pública quien debe intervenir.

Capítulo 6

Conclusiones

- Los síndromes neuropsicológicos que se manifiestan en los pacientes abordados son, afasia, agnosia, apraxia gestual y heminegligencia.
- No es posible determinar diagnóstico único en el caso del accidente Cerebro vascular debido a la heterogeneidad de las lesiones que produce según el vaso afectado.
- Los factores de riesgos detectados en los pacientes fueron tabaquismo, hipertensión arterial o diabetes.
- El impacto psicológico que el ACV (hemorrágico como isquémico) tiene en los tres pacientes presentados es la presencia de conductas de ensimismamiento, aislamiento, frustración, pérdida de habilidades sociales, que desencadena la estructuración de un cuadro de trastorno depresivo y trastorno de ansiedad.
- El sujeto pierde su rol familiar ubicándose en un lugar de pasividad y dependencia.
- El impacto familiar se traduce en la ruptura de la estructura familiar y la pérdida de su homeostasis, según el grado de discapacidad que acusa el paciente.

- El impacto social, se manifiesta en el grado de discapacidad que presenta la persona luego de sufrir un ACV apartándose de la vida laboral, productiva. En estos casos es el Sistema Sanitario un buen agente de contención, promoviendo la atención y rehabilitación del paciente, como también el abordaje social del sistema familiar ya que el grupo de personas estudiado presenta una situación socio-económica precaria.
- El Sistema Sanitario no puede en varias ocasiones responder a la demanda por falta de recursos materiales y humanos.
- Se propone como futura investigación profundizar acerca de la comorbilidad psiquiátrica en los pacientes que han sufrido un ACV.

Propuestas

- Abordaje grupal de las personas que asisten a rehabilitación, para que además de la estimulación cognitiva se estimule la socialización.
- Ejercicios de educación y entrenamiento de accesibilidad en secciones de simulacro (cocina, cama, baño).
- Abordaje familiar, además de las entrevistas esporádicas, ya que es el pilar de apoyo del paciente y teniendo en cuenta el nivel de estrés que experimenta.
- Formación en técnicas de neurorehabilitación a la familia o el cuidador ya que es el que continúa las actividades en el hogar.
- Subsidio económico para el cuidador ya que debe abandonar su trabajo para cuidar al paciente y colaborar para su recuperación.

Referencia Bibliografía

- Ahlsjö B, Britton M, Murray V, Theorell T. Disablement and quality of life after stroke. *Stroke* 1984; 15:886–90.
- American Psychological Association (2001). Folletos educativos. División 40 (Neuropsicología Clínica). Recuperado de <http://www.div40.org/>.
- Ardila, A. “Diccionario de Neuropsicología”. 2015.
- Beaglehole R et al. Public health in the new era: improving health through collective action. *Lancet*, 2004; 363:2084–2086.
- Bleger, José. *Temas de Psicología. (Entrevista y grupos)*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina, 1 979.
- Bodamer, J. (1947). Die Prosopagnosie. *Archiv fuer Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 179, 6-54.
- Breslow L et al. *Encyclopedia of public health*. New York, Macmillan Reference, 2002.
- Castillo CS, Starkstein SE, Fedoroff JP, Price TR, Robinson RG. Generalized anxiety disorder after stroke. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1993; 181:100–6.
- Chade, H.O: *Neurología Paso a Paso*. Ed Universidad del Aconcagua. 2008. Mendoza. Argentina. 131-162.
- Chelune, G. J. (April, 2010). Evidence-based research and practice in clinical neuropsychology. *The Clinical Neuropsychologist*, 24(3), 454-467.
- Constitución de la Nación Argentina.
- De Hoyos, G. Mercado A., Universidad Nacional del Comahue Escuela de Medicina- Atención primaria de la salud 1- Neuquén, Abril de 1999- <http://www.aps1.110mb.com/APS%20I.pdf>.
- De Renzi, E., Faglioni, P., Grossi, D., & Nichelli, P. (1991). Apperceptive and associative forms of prosopagnosia *Cortex*, 27, 213-21.
- De Renzi, E., Perani, D., Carlesimo, G.A., Silveri, M.C. & Fazio, F. (1994). Prosopagnosia can be associated with damage confined to the

right hemisphere--an MRI and PET study and a review of the literature. *Neuropsychologia*, 32, 893-902.

- Feinberg, T.E., Venneri, A., Simone, A.M., Fan, Y. & Northoff, G. (2009). The neuroanatomy of asomatognosia and somatoparaphrenia. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*.
- Frederiks, J,A,M. (1985). Disorders of the body schema. En J.A.M. Frederiks (Ed), *Handbook of clinical neurology*, vol 45: Clinical neuropsychology. Amsterdam: Elsevier.
- Garcia-Caballero A, Garcia-Lado I, Gonzalez-Hermida J, Recimil M, Area R, Manes F, Lamas S, Berrios G. Validation of the Spanish version of the Addenbrooke's Cognitive Examination in a rural community in Spain. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006 Mar; 21(3):239-45.
- Gil, Roger: *Manual de Neuropsicología*. Masson.Barcelona.2001.
- Ginés González Garcia, Rubén Torres, "Políticas de Salud". Posgrado en Salud Social y Comunitaria-Programa Médicos Comunitarios. Módulo 5.Buenos Aires, 1o Edición.2005
- Ginés González García Apertura. En: Torres, Rubén (org) (2001) *Atención Primaria de la Salud*, Buenos Aires, Edic. I Salud N0 3, pág. 5.
- Hamilton, M., A rating scales for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960(23): p. 56-62.
- Hammer E. "Test proyectivos gráficos", Paidós, 1997.
- Huertas-Hoyas E, Pedrero-Pérez EJ, Águila-Maturana AM, González-Altred C. Estudio de la funcionalidad pre y postratamiento de las lesiones cerebrales adquiridas unilaterales. *Rev Neurol* 2014; 58: 345-52.
- House AM, Dennis M, Mogridge L, Warlow C, Hawton K, Jones L. Mood disorders in the year after first stroke. *British Journal of Psychiatry* 1991; 158:83–90.
- Junqué, C., Bruna, O. & Mataró, M (1996). Orientación y Terapia Familiar en el proceso de Rehabilitación de pacientes afectados por daño cerebral traumático. *Mapfre Medicina*, 7: 253-262.
- Kandel, E., Schwartz, J. y Jessel, T. (2001). *Principios de neurociencia* (4ª ed.). España: McGraw-Hill/Interamericana.

- Kleinman, A. (1988). *The illness Narratives. Suffering, Healing and the Human condition*. Nueva York. Basic Book.
- Lanas F, Avezum A, Bautista LE, Díaz R, Luna M, Islam S, et al. Risk factors for acute myocardial infarction in Latin America: the INTERHEART Latin American study. *Circulation*. 2007; 115(9):1067–74.
- Ley N° 26378 sobre Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo. Sancionada el 21 de Mayo de 2008 y promulgada el 6 de junio de 2008.
- Luria A.R. “El Cerebro en Acción”, Ed. Fontanella, Barcelona, 1979.
- Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. Buenos Aires; Gedisa.
- Monton, B. A. “Mirando la subjetividad dentro del cerebro: Neurociencias aplicadas para el diagnóstico y la clínica en Psicología”. Duken. Buenos Aires. 2006.
- Max JE, Mathews K, Lansing AE, Robertson BA, Fox PT, Lancaster JL, et al. Psychiatric disorders after childhood stroke. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002; 41:555–62.
- Navarro Góngora, J. (1991). Intervención en grupos sociales. *Revista de psicoterapia*, n. 6-7, pp 136-158.
- Peña Casanova, Jordi. “Normalidad, Semiología y patología Neuropsicológica”. Masson. Barcelona. 1991.
- Peña Casanova, Jordi. “Neurología de la conducta y Neuropsicología”. Panamericana. Madrid. 2007.
- Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, 1946. In: *Basic documents*, 45th ed. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://whqlibdoc.who.in/hits/official_records/constitution.pdf, accessed 2 October 2006).
-
- Programa de Prevención del Infarto en Argentina, Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires, Argentina.
- República Argentina, Ministerio de Salud y Ambiente. *Argentina: indicadores básicos 2005*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente;

2005. Hallado en http://www.bvs.org.ar/pdf/indicadores_2005.pdf. Acceso el 28 de diciembre de 2009.
- Risueño, A. "Neuropsicología, Cerebro, Psiquismo, Cognición". ECUA. Buenos Aires. 2010.
 - Robertson, I.H., & Halligan, P.W. (1999). Spatial neglect: A clinical handbook for diagnosis and treatment. Hove, East Sussex: Erlbaum.
 - Rodríguez, Felipe; Urzúa, Alfonso. Funciones superiores en pacientes con accidente cerebro vascular Revista Chilena de Neuropsicología, vol. 4, núm. 1, 2009, pp. 20-27 Universidad de la Frontera Temuco, Chile.
 - Rolland, J.S. (1989). Chronic illness and the family life cycle. En Carter, B & Mc Goldrick, E. The changing family life cycle. Boston, Allyn and Bacon, pp 433-456.
 - Satir, Minuchín, 1986; Selvini, Palazoli, Andolfi, 1993, Musitu et al., 1994, Rodrigo y Palacios, 1998, Gimeno, 1999.
 - Shimoda K, Robinson RG. Effect of anxiety disorder on impairment and recovery from stroke. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 1998; 10:34–40.
 - Van Rijswijk E, Van Hout H, Van de Lisdonk E, Zitman F, Van Weel C. Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians; a focus group study. BMC Family Practice 2009; 10(52):1–7.
 - Vignolo, L.A. (1969) Auditory agnosia: a review and report of recent evidence. En A.L. Benton (ed) Contributions to clinical neuropsychology. Chicago: Aldine.
 - William A. Ardila Rodríguez, Federico A. Silva Sieger, María Rocío Acosta Barreto. Perfil neuropsicológico en pacientes con ACV isquémico de la arteria cerebral media izquierda. Acta Neurol Colomb 2013; 29:36-43).
 - World Bank. World development report: investing in health. New York: Oxford University Press; 1993.

APENDICE

ANEXO 1: Encuesta familiar

Consigna: a continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. clasifique y marque con una X su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Situaciones	Casi Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

Anexo 2: Entrevista

La información que Ud. va a brindar a continuación se empleará con objetivos científicos. Por favor sea sincero con sus respuestas:

Datos de Identificación Personal:

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Preguntas:

1- Se siente satisfecho con su situación de salud actual:

Sí _____ No _____

2- Durante el tiempo que permanece en su hogar ¿Cómo se siente?:

Bien _____ Regular _____ Mal _____

3- Durante el tiempo que permanece recibiendo su tratamiento

¿Cómo se siente?:

Bien _____ Regular _____ Mal _____

4- Le permite su familia tomar decisiones como miembro de su hogar:

Siempre _____ A veces _____ Nunca _____

5- Le acompaña su familia a recibir el tratamiento:

Siempre _____ A veces _____ Nunca _____

6- Su familia le aplica algún tratamiento en su hogar:

Siempre _____ A veces _____ Nunca _____

7- Cree Ud. que mejoraría si su familia le ayuda en su tratamiento:

Si _____ No _____

8- Desearía tener más información y ayuda sobre su enfermedad:

Si _____ No _____

Anexo 3: Escala de Deterioro de BARTHEL.

COMER:

- (10) Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
- (0) Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

LAVARSE (BAÑARSE):

- (5) Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

VESTIRSE:

- (10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
- (5) Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- (0) Dependiente.

ARREGLARSE:

- (5) Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda.

DEPOSICIÓN:

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia.
- (5) Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.
- (0) Incontinente.

MICCIÓN (Valorar la semana previa):

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.
- (5) Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.
- (0) Incontinente..

USAR EL RETRETE:

- (10) Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
- (0) Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.

TRASLADO AL SILLON/CAMA:

- (15) Independiente. No precisa ayuda.
- (10) Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
- (5) Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
- (0) Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACION:

- (15) Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
- (10) Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.
- (5) Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión.
- (0) Dependiente.

SUBIR / BAJAR ESCALERAS:

- (10) Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.
- (0) Dependiente. Incapaz de salvar escalones

Evalúa diez actividades básicas de la vida diaria, y según estas puntuaciones clasifica a los pacientes en:

- 1- Independiente: 100 pts (95 sí permanece en silla de ruedas).
- 2- Dependiente leve: >60 pts.
- 3- Dependiente moderado: 40-55 pts.
- 4- Dependiente grave: 20-35 pts.
- 5- Dependiente total: <20 pts.

ANEXO 4: Global Deterioration Scale de Reisberg (Escala de deterioro global) de Reisberg.

- **GDS-1, ausencia de alteración cognitiva**
 - Se corresponde con el individuo normal:
 - Ausencia de quejas subjetivas.
 - Ausencia de trastornos evidentes de la memoria en la entrevista clínica.
- **GDS-2, disminución cognitiva muy leve**
 - Se corresponde con el deterioro de memoria asociado a la edad
 - Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en:
 - a) Olvido de dónde ha colocado objetos familiares.
 - b) Olvido de nombres previamente bien conocidos.
 - No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en el examen clínico.
 - No hay defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales.
 - Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.
- **GDS-3, defecto cognitivo leve**
 - Se corresponde con el deterioro cognitivo leve:
 - Primeros defectos claros: manifestaciones en una o más de estas áreas:
 - a) El paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar.
 - b) Los compañeros detectan rendimiento laboral pobre.
 - c) Las personas más cercanas detectan defectos en la evocación de palabras y nombres.
 - d) Al leer un párrafo de un libro retiene muy poco material.
 - e) Puede mostrar una capacidad muy disminuida en el recuerdo de las personas nuevas que ha conocido.
 - f) Puede haber perdido o colocado en un lugar erróneo un objeto de valor.

- g) En la exploración clínica puede hacerse evidente un defecto de concentración.
 - Un defecto objetivo de memoria únicamente se observa con una entrevista intensiva.
 - Aparece un decremento de los rendimientos en situaciones laborales o sociales exigentes.
 - La negación o desconocimiento de los defectos se hace manifiesta en el paciente.
 - Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta-moderada.
- **GDS-4, defecto cognitivo moderado**
 - Se corresponde con una demencia en estadio leve:
 - Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en las áreas siguientes:
 - a) Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes.
 - b) El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su propia historia personal.
 - c) Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada de sietes.
 - d) Capacidad disminuida para viajes, finanzas, etc.
 - Frecuentemente no hay defectos en las áreas siguientes:
 - a) Orientación en tiempo y persona.
 - b) Reconocimiento de personas y caras familiares.
 - c) Capacidad de desplazarse a lugares familiares.
 - Incapacidad para realizar tareas complejas.
 - La negación es el mecanismo de defensa dominante.
 - Disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes.
 - **GDS-5, defecto cognitivo moderado-grave**
 - Se corresponde con una demencia en estadio moderado:
 - El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia.

- No recuerda datos relevantes de su vida actual: su dirección o teléfono de muchos años, los nombres de familiares próximos (como los nietos), el nombre de la escuela, etc.
 - Es frecuente cierta desorientación en tiempo (fecha, día de la semana, estación, etc.) o en lugar.
 - Una persona con educación formal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de cuatro en cuatro, o desde 20 de dos en dos.
 - Mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a sí mismo y a otros.
 - Invariablemente sabe su nombre, y generalmente el de su esposa e hijos.
 - No requiere asistencia en el aseo ni en la comida, pero puede tener cierta dificultad en la elección de los vestidos adecuados.
- **GDS-6, defecto cognitivo grave**
 - Se corresponde con una demencia en estadio moderadamente grave:
 - Ocasionalmente puede olvidar el nombre de la esposa, de la que, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir.
 - Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida.
 - Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada, pero muy fragmentario.
 - Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc.
 - Puede ser incapaz de contar desde 10 hacia atrás, y a veces hacia adelante.
 - Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas.
 - Puede tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares.
 - El ritmo diurno está frecuentemente alterado.
 - Casi siempre recuerda su nombre.

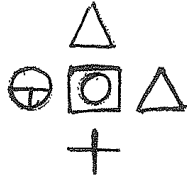
- Frecuentemente sigue siendo capaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno.
- Cambios emocionales y de personalidad bastante variables, como:
 - a) Conducta delirante: puede acusar de impostora a su esposa, o hablar con personas inexistentes, o con su imagen en el espejo.
 - b) Síntomas obsesivos, como actividades repetitivas de limpieza.
 - c) Síntomas de ansiedad, agitación e incluso conducta violenta, previamente inexistente.
 - d) Abulia cognitiva, pérdida de deseos, falta de elaboración de un pensamiento para determinar un curso de acción propositivo.
- **GDS-7, defecto cognitivo muy grave**
 - Se corresponde con una demencia en estadio grave:
 - Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas; en las últimas fases no hay lenguaje, únicamente gruñidos.
 - Incontinencia de orina. Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación.
 - Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas, como la deambulaci3n.
 - El cerebro es incapaz de decir al cuerpo lo que ha de hacer.
 - Frecuentemente aparecen signos y sntomas neurol3gicos generalizados y corticales.

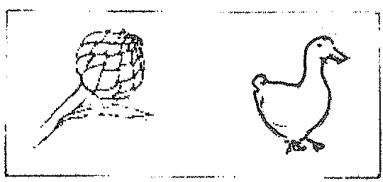
ANEXO 5: Test de evaluación rápida de funciones cognitivas (Roger Gil).

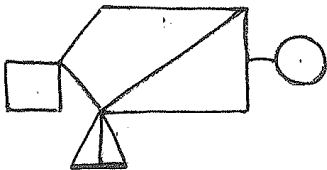

TEST DE EVALUACIÓN RÁPIDA DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS (ERFC)

De Roger Gil

<p>Apellidos y Nombre: Fecha de Nacimiento: Fecha del Test: Profesión o actividad: Años de escolaridad (aprobada): Historia Clínica o Expediente N°:</p>	<p>Observaciones:</p>
<p>I. Orientación temporoespacial (1 punto por c/respuesta exacta)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿En qué año estamos? 2. ¿Qué día de la semana es? 3. ¿En qué mes estamos? 4. ¿Qué día del mes es? 5. ¿En qué estación estamos? 6. ¿En qué ciudad? 7. ¿En qué provincia? 8. ¿En qué lugar estamos? 	<p>Puntuación total / 8</p>
<p>II a. Atención y Memoria</p> <p>Nombrar lentamente cuatro palabras: TORTOLA, CASA, LENTES, ESTRELLA. Hacerlas REPETIR y contar un punto por palabra, ignorando sus posibles alteraciones fonéticas. /4 Asegurarse por medio de repeticiones sucesivas, de que el sujeto retiene las cuatro palabras. Abandonar al cabo de tres repeticiones infructuosas.</p> <p>2. Series de cifras:</p> <p>a) Decir y hacer repetir la primera serie de números en dicho orden, en caso de fracaso, intentarlo de nuevo con la serie siguiente: 4-2-7-3-1- 7-5-8-3-6- Contar 1 punto por 5 cifras sucesivas; 0,5 por 4 cifras ; 0 por menos de 4 cifras. /1</p> <p>b) Usar el mismo procedimiento para repetir en orden inverso una serie de 4 cifras: 3-2-7-9 4-9-6-8- Contar 1 por 4 cifras sucesivas; 0,5 por 3 cifras; 0 por menos de 3 cifras. /1</p>	<p>Puntuación total II: /10</p>
<p>II b Recuerdo</p> <p>Hacer recordar las 4 palabras aprendidas en IIa. 1 punto por palabra retenida. /4</p>	

III. Cálculo mental	Puntuación total III: /2
28-9= 102-3= (1 punto por operación exacta)	
IV: Razonamiento y Juicio	Puntuación total /5
1 - Juan es más alto que Pedro. ¿Quién es más bajo de los dos? /2 2 - Juan es más alto que Pedro y más bajo que Joaquín. Quién es más alto de los tres?. /1 3 - ¿Es verdad que cuántos más vagones haya, más deprisa va el tren?. /1 4 - ¿Qué haría si se encontrase en la calle un sobre con la dirección escrita y un sello nuevo?./ 1	
V: Comprensión 1 - Prueba de los tres papeles de Pierre Marie. "Delante de usted hay tres papeles: uno grande, uno mediano y uno pequeño. Tire al suelo el grande, deme el mediano y guárdese el pequeño para usted" Contar 1 punto por 2 ítems resueltos y 2 en caso de resolución total. /2 2 - Indicar en la figura de abajo (1 punto por respuesta exacta): - Un círculo dentro de un cuadrado./1 - Un triángulo encima de un cuadrado./1 - Una cruz debajo del cuadrado./1 	Puntuación Total V: /5

VI. Denominación	/4
<p>(Mostrar) dos objetos usuales: reloj bolígrafo o lápiz</p> <p>Dos imágenes</p> <p>(1 punto por respuesta exacta) /2</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>(1 punto por respuesta exacta) /2</p>	
<p>VII. Repetición.</p> <p>Hacer repetir las 2 palabras siguientes puntuando 1 si la repetición es correcta; 0,5 si la palabra se reconoce, aunque se repita imperfectamente, 0, si la repetición es imposible o no se reconoce la palabra.</p> <p>CONSTITUCIÓN: ESPECTÁCULO:</p>	Puntuación: TOTAL /2
<p>VIII. Orden escrita</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em;">CIERRE LOS OJOS</p>	Puntuación: /1
<p>IX: Fluidez verbal.</p> <p>Decir el nombre de 10 ciudades (1 minuto). Puntuar 0 si dice 3 o menos de 3 ciudades; 1 si dice de 4 o 5 ciudades; 2 si dice 6 o 7; 3 si dice 8; 4 si dice 9 o 10 ciudades.</p>	Puntuación /4

X. Praxias.	
<p>1. "Hacer burla con la mano en la nariz" Si lo hace mal que lo haga por imitación. /1</p> <p>2. Reproducir el dibujo de abajo: Contar un punto por elemento reproducido (a,b,c,d,e); pero si la reproducción es incompleta o se reproduce desplazamiento o desproporción significativa del tamaño de algún elemento, contar 0,5. /5</p> 	
XI: Reconocimiento Visual:	
 <p>Identificar el dibujo. Contar 1 punto si responde correctamente. Respuestas correctas: imagen de una mujer. Un busto.</p>	
XII: Escritura:	
<p>1 Dictada: Casa. /1 2 Copiada: Constitución. /1</p>	Puntuación total:/2
Total puntos obtenidos	